

Os enfermeiros e(m) contextos de trabalho: transferibilidade de saberes da formação para a prática clínica

Aldina Maria Ferreira da Silva Pereira

M

2018



CICLO DE ESTUDOS MESTRADO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Os enfermeiros e(m) contextos de trabalho: transferibilidade de saberes da formação para a prática clínica

Aldina Maria Ferreira da Silva Pereira

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação sob orientação do Prof. José Alberto Correia.

M

2018



Resumo

A transferência de saberes na prática clínica de enfermagem é por excelência uma dimensão intrínseca ao profissional que lhe permite ser um ator ímpar no campo da saúde conferindo-lhe um papel imprescindível a este nível. O enfermeiro, dotado de um vasto corpo de conhecimentos (formais, informais e experienciais) reveste-se de habilidades e competências complexas conseguindo transferir para a prática clínica os saberes de que necessita, recriando os seus próprios saberes pela reflexão na e sobre a prática que exerce fazendo face aos variadíssimos desafios emergentes da sociedade.

A mobilização destes saberes apropriados pela formação foi preocupação deste investigador tendo por base as questões em estudo: por um lado que sentido é que os enfermeiros conferem à formação que realizaram e que é o campo empírico deste trabalho e, por outro lado, como pensam a transferência desses saberes para os seus contextos clínicos, pensada em termos do impacto que tem na organização onde se inscrevem.

O presente estudo situa-se no âmbito da enfermagem de saúde familiar, e insere-se no paradigma fenomenológico-interpretativo, interessando o modo como a realidade social é interpretada, entendida, experienciada e produzida pelos próprios atores. Desenhou-se uma abordagem mista, capaz de permitir aceder às subjetividades dos atores, através de uma amostra aleatória, incorporando-se os dados qualitativos e quantitativos com igual estatuto na análise, fazendo uma triangulação destes, de modo a contribuir para a produção de resultados que visam uma interpretação mais holística e compreensiva face à investigação.

Os resultados apontaram para o facto de que os enfermeiros mobilizaram saberes com base em lógicas de ação (de cariz instrumental, cognitiva, comunicacional) conducentes a mudanças na saúde familiar (ainda que pequenas); todavia, não basta assumir mudanças individuais pois em causa estão mudanças mais profundas, deslocando a questão para o processo de qualificação coletiva, sendo convicção deste investigador que o empenho profissional do enfermeiro no ambiente organizacional, será o próprio motor para o desenvolvimento da organização, cabendo-lhe a ele mobilizar vontades e competências de outros profissionais.

Esta será assim, uma tarefa coletiva envolvida e (pre)ocupada com a implementação da saúde familiar, trabalhando com as famílias e não para elas, capaz de dar visibilidade à sua atuação, favorecendo a desejável mudança na saúde; é desta forma que se pensa que estes serão os contributos para a prática clínica em enfermagem.

Palavras chave: Formação; Contextos de trabalho; Transferência de saberes; Mudança coletiva

Résumé

Le transfert de connaissances dans la pratique clinique en soins infirmiers est par excellence une dimension intrinsèque du professionnel, ce qui lui permet d'être un acteur unique dans le domaine de la santé et lui confère un rôle indispensable à ce niveau. L'infirmier, dotée de vastes connaissances (formelles, informelles et expérimentales), possède des aptitudes et des compétences complexes, capable de transférer à la pratique clinique les connaissances dont il a besoin. Il reconstitue ainsi ses propres connaissances par la réflexion et la pratique aux nombreux défis émergents de la société.

La mobilisation de ces connaissances appropriées à la formation, était l'une des préoccupations de ce chercheur, basée sur les questions à l'étude : d'une part, quel est le sens que les infirmiers confèrent à la formation qu'ils ont reçue et qui est le champ empirique de ce travail et, d'autre part, comment voient-ils le transfert de ces connaissances dans leurs contextes cliniques, en fonction de l'impact qu'ils ont sur la structure dans laquelle ils sont inscrits.

La présente étude s'inscrit dans le cadre des paradigmes phénoménologiques-interprétatifs et s'intéresse à la manière dont la réalité sociale est interprétée, comprise, vécue et produite par les acteurs eux-mêmes. Il en est ressorti une approche mixte, capable de permettre l'accès aux subjectivités des acteurs, par le biais d'un échantillon aléatoire, incorporant des données qualitatives et quantitatives de statut égal dans l'analyse et en les triangulant, afin de contribuer à la production de résultats qui visent à une interprétation plus globale et plus complète de la recherche.

Les résultats ont montré que les infirmiers mobilisaient des connaissances basées sur des logiques d'action (instrumentales, cognitives, communicationnelles) conduisant à des changements dans la santé de la famille (bien que modestes). Cependant, il ne suffit pas de prendre des changements individuels, car ces changements sont plus profonds. Cela pose la question du processus de qualification collective. Le chercheur est convaincu que l'engagement professionnel de l'infirmier dans l'environnement organisationnel serait le moteur même du développement de l'organisation et qu'il lui incomberait de mobiliser les souhaits et compétences d'autres professionnels.

Il s'agirait donc d'une tâche collective impliquée et (pré) occupée avec la mise en œuvre de la santé familiale travaillant avec les familles et non pas pour elles étant capable de donner de la visibilité à leurs actions et favorisant ainsi le changement souhaitable en matière de santé, ce qui contribuera à la pratique clinique en soins infirmier.

Mots-clefs: Formation; Les contextes de travail; Transfert de connaissances; Changement collectif

Abstract

The knowledge transfer within clinical nursing practice is par excellence an intrinsic dimension to the professional that allows him to be an unequalled element in the field of health and providing him an indispensable role at this level. The nurse, endowed with extensive knowledge (formal, informal and experiential), possesses complex skills and competences that allow him to transfer into clinical practice the required knowledge, recreating his own know-how by reflecting on and about the his practice in the face of the many emerging societal challenges.

The mobilisation of the knowledge acquired through training was the major concern of this researcher underlying the questions under study: on the one hand, what meaning do nurses confer to the training they have done and which is this work's empirical field and, on the other hand, how do they consider the transfer of knowledge to the clinical practice, in terms of the impact it has on the organization in which they are enrolled.

The present study is placed within the scope of family health nursing, and is inserted in the phenomenological-interpretative paradigm, interested in the way social reality is interpreted, understood, experienced and produced by the actors themselves. A mixed approach was designed, capable of allowing access to the subjectivities of the actors, through a random sample, incorporating qualitative and quantitative data of equal status in the analysis, having being made a triangulation out of these, in order to contribute to the production of results that aim to achieve a more holistic and comprehensive interpretation in face of the research.

The results have shown that nurses mobilized knowledge on logic-based action (of instrumental, cognitive, communicational nature) conducive to changes in family health (albeit small); however, it is not enough to undertake individual changes as major changes are in place, shifting the underlying focus to the collective qualification process, being this researcher's conviction that the nurse professional commitment within the organizational environment will be itself the engine that propels the organizational development, being up to himself to change wills and competences of other professionals.

This will then be a collective task involved and (pre)occupied with implementing family health, working along with families and not for them, capable of giving visibility to its action process, favouring the desirable change in health; this is how one thinks these will be the contributions to the clinical nursing practice.

Keywords: Training; Work environment; Knowledge transfer; Collective change

Agradecimentos

Neste longo, singular, intenso, tortuoso e inesquecível caminho, por vezes quase sem ânimo e parecendo despojado de sentido, muitas foram as pessoas que cruzaram a minha vida tornando-a mais suave e até colorida. De forma incomparável e a todas essas pessoas quero exprimir o meu sincero reconhecimento, embora saiba que nunca será o suficiente.

De forma mais individualizada e publicamente gostaria de agradecer:

Ao Professor José Alberto Correia, uma referência ao longo do meu percurso académico nesta faculdade, por toda a confiança que em mim depositou, o interesse, a ajuda e a empatia na orientação deste trabalho; o meu reconhecimento é sobretudo para a sua tão nobre contribuição no (des)envolvimento de uma reflexão crítica, pelos conselhos sempre sábios e pelo seu enorme saber, essenciais para a persistência na concretização deste objetivo.

Ao Doutor João Caramelo, pela escuta ativa, o apoio incondicional, a pertinência dos seus conselhos, as sugestões tão oportunas, a sua sensibilidade e disponibilidade que desde o primeiro momento generosamente me dispensou; gratidão será uma palavra parca e insuficiente...

A todo o corpo docente do Mestrado de Ciências da Educação por todos os conhecimentos partilhados que me ajudaram a pensar melhor.

Às pessoas que colaboraram no meu estudo, pelas suas generosas disponibilidades e partilhas, sem as quais não teria sido possível a realização deste estudo.

À minha mãe, por o ter tornado possível, estando sempre presente nas angústias, nas dificuldades, mas também nas vitórias, apoiando e incentivando sem nunca deixar de acreditar em mim; o meu muito obrigada!

Ao meu pai (*in memoriam*).

Aos meus filhos, João e Rita, que tanto amo, devo e a quem subtraí infindáveis horas de partilha e brincadeira, a minha sincera gratidão pelo carinho, apoio, ânimo e colaboração, em especial neste último ano.

Aos meus amigos, pelo suporte afetivo e simultaneamente desafiante durante todo este percurso, em especial quando o desânimo surgia elevando a fasquia acima do que seria possível almejar...

Por último e não menos importante, a todos os que de uma forma mais indireta foram contribuindo para o alcance deste resultado.

Com reconhecido valor e imprescindibilidade, à minha restante família que esteve sempre presente como suporte nos momentos cruciais.

Bem-Hajam!

Abreviaturas

CE – Ciências da Educação

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

FPGESF – Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MCEEC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

MTP – Modos de Trabalho Pedagógico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

Resumo.....	3
Agradecimentos.....	6
Abreviaturas.....	7
Nota introdutória.....	10
1. A transferibilidade de saberes da formação para a prática clínica na enfermagem.....	12
1.1 Formação e (m) contextos de trabalho.....	12
1.1.1. O contexto empírico enquanto analisador das dinâmicas de formação na área do saber em enfermagem e os processos de transferibilidade para a prática profissional.....	12
1.2 Os saberes e a construção identitária em enfermagem.....	13
1.3 Formação e mudança organizacional.....	18
2. Fundamentação metodológica do estudo.....	27
2.1 Epistemo-metodologia do estudo.....	27
2.2 Participantes no estudo e a intencionalidade da recolha de dados.....	28
2.3 Técnicas de recolha de dados.....	30
2.4 Procedimento de análise de dados.....	33
2.5 Considerações éticas e deontológicas do estudo.....	35
3. A potencialidade indutora da formação e seu contributo para a prática clínica em enfermagem.....	37
3.1 Apreciação global da formação.....	38
3.2 Motivos para a procura da formação.....	42
3.3 Tensões entre dinâmicas organizacionais e o trabalho do enfermeiro..	44
3.4 Transferibilidade da formação para os contextos de trabalho.....	51
3.5 Formação e mudança organizacional.....	56

3.6. Contributos para a prática clínica: o empenho profissional dos enfermeiros indutor do desenvolvimento organizacional.....	62
---	-----------

4. Considerações finais	67
--------------------------------------	-----------

Referências bibliográficas.....	72
--	-----------

Apêndices

Apêndice I: Consentimento informado

Apêndice II: Guião de entrevista

Apêndice III: Transcrições de entrevistas

Apêndice IV: Grelha de análise de conteúdo

Apêndice V: Questionário

Nota introdutória

O desenvolvimento de um trabalho de investigação inscreve-se sempre numa história de vida e esta comporta múltiplas determinantes das escolhas e das tomadas de decisão que o desenvolvimento profissional exige. Sob esta moldura, a génese do presente estudo insere-se no terreno da prática, enquanto enfermeiro a desempenhar funções presentemente em Cuidados de Saúde Primários (CSP), trazendo para o debate saberes já consolidados através de um vasto património vivencial em contextos de trabalho e de formação, que se querem também ver enriquecidos por uma inquietação que nada mais é do que possibilitar a (re)construção de novos sentidos sobre situações reais face às quais se está em interação constante na profissão de enfermagem.

No caso concreto deste estudo, o campo empírico foi delineado tendo por referência a enfermagem de saúde familiar, equacionando-se os efeitos produzidos pelos atores que foram sujeitos a uma formação específica na área em questão, para daí se apreenderem tendências de respostas reveladas pelos sujeitos de forma a compreender o real sentido atribuído face àqueles.

Assim, interessava perceber se a formação em causa teve impacto no seio das organizações onde estas pessoas se inscrevem e que tipo de impacto foi, ou seja, se estes sujeitos foram capazes de conduzir a uma qualificação coletiva da organização (capazes de potenciar organizações competentes e, portanto, qualificantes para o coletivo de enfermeiros que aí se movem) ou, em última instância, se a formação poderia ser reinvestida nos contextos de trabalho ainda que funcionando numa lógica de informalidade, contribuindo para a mudança desejável nas organizações de saúde em termos das suas práticas quotidianas, traduzindo-se deste modo em ganhos em saúde.

Esta nota introdutória pretende apenas facilitar a leitura deste trabalho apresentando o modo como este se encontra organizado; estruturado em quatro grandes capítulos, pensa-se que facilitará a sua compreensão em termos de conteúdo. Assim, no primeiro capítulo, far-se-á uma incursão sobre as questões da transferibilidade de saberes da formação para a prática clínica em enfermagem, apresentando quer o contexto empírico a analisar quer a pertinência da grelha conceptual construída por referência ao “estado-da-arte” para situar e problematizar o que se pretende estudar neste trabalho; no segundo, pretende-se dar conta de toda a dimensão que envolve os fundamentos metodológicos e opções adotadas tendo em consideração as questões éticas e deontológicas que estão na base desta investigação, de forma a contribuir para a produção de respostas que visam uma interpretação mais holística e compreensiva face à pesquisa. No terceiro capítulo, apresentam-se os dados recolhidos, analisando-os e discutindo-os para que se revelem os resultados oriundos do campo empírico, fazendo já algumas inferências julgadas pertinentes tendo em conta as questões de investigação iniciais. Por fim, no último capítulo, faz-se uma apreciação conclusiva tendo em linha de conta as considerações em torno do que se julgou relevante para o desenvolvimento desta investigação, sendo que é aqui que o investigador aponta para a forma

como pensa serem os contributos para a prática clínica em enfermagem. Os apêndices darão a possibilidade de consultar os documentos produzidos e que serviram de apoio a esta pesquisa.

Acresce referir que este estudo apesar de ambicioso foi em si mesmo um desafio dado que ao permitir pôr em discussão pilares que são cruciais na enfermagem, possibilitou reflexões na e sobre a prática profissional onde os saberes, porque transferíveis, são comunicacionais. Deste ponto de vista, a partilha de saberes na profissão de enfermagem adquire relevância se permitir a reconfiguração e recomposição destes mesmos saberes emergindo novos modos de sentir, pensar, agir e estar em enfermagem.

Consciente de que o processo formativo a que se refere esta dissertação não é um produto acabado, julga-se poder encará-lo como uma possível perspetiva, uma parte da realidade que se quer compreender, abrindo espaços de debate para outros modos de entendimento sobre esta mesma realidade, possibilitando o enriquecimento face ao objetivo a alcançar.

1. A transferibilidade de saberes da formação para a prática clínica na enfermagem

O âmbito deste estudo tem o seu enfoque sobre a profissão de enfermagem (realidade próxima do investigador) na vertente da transferibilidade de saberes para a sua prática clínica. Para este efeito, compreender que sentido é que os enfermeiros conferem ao saber de que são detentores e como é que os mobilizam para os seus contextos da prática, foi a inquietação do investigador tendo este procurado debater as dinâmicas de formação geradas por um curso de pós-graduação em enfermagem. Tendo por base estas considerações, julgou-se que através deste curso, por um lado se possibilitou equacionar como se processam estas transferências e, por outro lado, partindo dele foi ainda possível saber qual é o seu impacto no ambiente organizacional onde os enfermeiros desempenham as suas funções, ponderando possíveis melhorias em termos de cuidados de saúde à população.

1.1. Formação e (m) contextos de trabalho

Adquire particular relevância referir que o curso em questão tendo sido desenvolvido em torno da profissão de enfermagem situa esta pesquisa numa lógica de formação de adultos colocando a sua pertinência nos contextos de trabalho, pelo que a problemática enquadradora e central do estudo se insere na temática da Formação e(m) Contextos de Trabalho, onde o palco em que os atores se movem são efetivamente nas duas esferas: nos contextos da formação e nos de trabalho/prática clínica, numa constante dinâmica relacional de um para o outro como se se tratasse de um vaivém. Nesta ótica, procurar-se-á entender se a construção pessoal e profissional no processo formativo produz efetivas mudanças e transformações nas organizações de saúde onde estes enfermeiros desenvolvem o seu trabalho em termos das suas práticas quotidianas, traduzindo-se deste modo em ganhos em saúde.

Julga-se que para tal é crucial questionar criticamente os saberes mobilizados pelos atores (enfermeiros) nas esferas da formação e dos contextos de trabalho, refletindo na e sobre a ação/prática potenciando a desejável descoberta do real sentido sobre o que fazem, porque fazem e como fazem, contribuindo eventualmente e de forma concomitante para perceber se o referido curso é, em si mesmo, promotor da real visibilidade de saberes na área da saúde familiar correspondendo a um desígnio estruturado de construir autonomias das famílias na gestão dos seus problemas de saúde, sendo que neste último caso se pensa que será necessário repensar e reconfigurar os próprios serviços onde os enfermeiros desempenham a sua ação.

1.1.1. O contexto empírico enquanto analisador das dinâmicas de formação na área do saber em enfermagem e os processos de transferibilidade para a prática profissional

Para compreender as dinâmicas de formação na área do saber em enfermagem e os seus processos de transferibilidade, entendeu-se escolher como contexto

empírico um curso voltado para as pessoas que estão envolvidas na profissão, em contextos de trabalho que são direcionados para a área do curso, e que tinham o acréscimo de integrar modalidades de trabalho pedagógico à distância, sendo que a escolha recaiu na Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar (FPGESF). O facto de se ter ponderado um curso na área da saúde familiar teve que ver com uma preocupação que é crescente nos atuais CSP parecendo ao investigador que pelo facto de aquele já estar em vigor desde 2013 poderia ser capaz de espelhar as preocupações que sustentam esta pesquisa.

No sentido de melhor contextualizar este campo empírico deve referir-se que o curso está perspectivado para ser em formato 100% e-learning e em modo assíncrono, tendo para esta análise incluído formandos das duas instituições de ensino superior de enfermagem, cujo plano de estudos integrou, globalmente, o programa formativo aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC) em 2011 e que prevaleceu até dezembro de 2017. As instituições de ensino a que se reporta este curso são a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias e a Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.

De uma forma geral, e apenas com cariz informativo (porque não é pretensão analisar este curso específico), as unidades curriculares têm que ver com a abordagem de um modelo que a sua tutora intitulou de Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e que tem por objetivo conduzir os enfermeiros a desenvolverem a sua ação enquanto cuidadores de famílias; neste sentido, a lógica deste curso passa por dotar os formandos de conhecimentos na dimensão epistemológica da enfermagem de saúde familiar, centralizando a família como unidade de cuidados por referência às várias transições familiares, explorando técnicas de avaliação e intervenção familiar consideradas úteis para a operacionalização deste modelo. O culminar desta temática específica é a intervenção sistémica e aí são abordadas estratégias para que os enfermeiros adotem posturas favoráveis a esta intervenção perante uma família a quem prestam cuidados.

Com base nestes pressupostos, realça-se que este curso assume o estatuto de analisador na medida em que possibilita questionar práticas profissionais de enfermagem de cariz interventivo a nível educativo, social e comunitário naquilo que é a dimensão da transferibilidade de saberes, contribuindo para esta investigação através da análise d(est)as dinâmicas de transferência de saberes sentidas pelos próprios participantes (sujeitos de formação) com vista a problematizar os seus reflexos na prática quotidiana.

1.2 Os saberes e a construção identitária em enfermagem

Em enfermagem, os conhecimentos que se foram construindo no seio da profissionalidade tiveram contornos muito discretos decorrentes da sua própria historicidade modificando-se ao longo do tempo porque reportados à forma como

era entendida a profissão. De facto, a questão da identidade profissional dos enfermeiros tem vindo a ser objeto de questionamento através de múltiplas perspetivas que ora colocam a tónica na sua dimensão simbólica e, portanto, fortemente enraizada na sua história passada, ora deslocam o enfoque para uma dimensão mais prática e, portanto, decorrente dos constrangimentos que têm envolvido a profissão fruto da própria transformação social também ela em constante mutação.

Se atendermos à dimensão histórica, é possível afirmar que a construção identitária da profissão de enfermagem está relacionada com os saberes tácitos, os saberes adquiridos pela via da experiência ao longo dos anos, difíceis de serem formalizados ou dizíveis, porque são do foro daquilo que está implícito, dizem respeito àquilo que foi experienciado pela pessoa e, portanto, assumem um cariz individual. Este saber, é um saber não escrito ou mensurável e, deste ponto de vista, apenas entendível no interior da sua própria profissão.

A experiência, sendo uma construção pessoal, advém do confronto entre o sujeito que a vivencia e a realidade; é nesta linha de pensamento, que Dubet (2002) refere que não existe necessariamente uma coincidência entre a subjetividade do ator e a objetividade do sistema, sendo neste descontinuo que se abre espaço para a criatividade e para a reconstrução da ação quando se recorre à reflexividade crítica. Assim, o ator distancia-se do sistema por via do questionamento sobre o que faz, porque faz e como faz, rompendo com hábitos e rotinas, criando novas formas de ser, estar, sentir e agir no seio da sua profissão. A autora d'Espiney (2010:34) a este propósito sustenta que é aqui que a noção de experiência prática é reconhecida pelos enfermeiros como um saber válido que pode constituir uma fonte de conhecimento que contribua para o desenvolvimento da enfermagem.

Concomitantemente, e tal como o saber tácito, o conhecimento formalizado reporta-se também a uma historicidade que interessa referir já que na sua origem o saber construído no seio desta profissão esteve intimamente ligado ao modelo biomédico, estruturando o seu corpo de conhecimentos numa lógica que é do âmbito do tratar pessoas que careciam de cuidados de saúde.

No seu longo percurso e porque sempre (pre)ocupada com o seu corpo de conhecimentos, a enfermagem foi tendo necessidade de ir explicitando o seu saber formalizando-o e revestindo-o de especificidade. Pese embora o facto de que esta formalização não tenha sido situável num continuum curricular porque os saberes eram oriundos das experiências vividas no seio da profissão e, por isso, discretos e não dizíveis (de facto, é precisamente porque não obedece a uma racionalidade curricular sequenciada que estes saberes são discretos, mas, também o são porque dificilmente tiveram a capacidade de serem dizíveis) tornaram-se aos poucos passíveis de se formalizarem através da linguagem e da forma como se transmitiam esses saberes. Com o emergir de novos e complexos desafios colocados à profissão deslocou-se o foco de atenção e o seu objeto de intervenção passou para uma lógica diferente, esta agora centrada no cuidar pessoas, tendo em conta uma visão holística e multifacetada da

realidade e, portanto, do seu foco de atenção. Paulatinamente os enfermeiros foram alterando a sua relação com o saber, pautada pela centralidade da sua ação, agora reconfigurada, a par da significativa e progressiva desmistificação do saber médico, contribuindo para este efeito o fácil acesso da população ao conhecimento médico, quer através da proliferação de sistemas predominantemente explicativos acerca da doença quer através da valorização galopante da saúde como um bem maior, passível de ser adquirido através da assunção de comportamentos e estilos saudáveis.

Nesta ordem de ideias, e de uma forma gradual, a enfermagem foi mobilizando os seus saberes, discretos e tácitos, para uma forma mais explícita, passando então para o domínio da oralidade ainda que circunscrita ao domínio intraprofissional. A passagem da oralidade para a escrita surge quando passa a existir um espaço próprio dos cuidados de saúde que possibilita a troca de informação, não só intraprofissional, mas agora também interprofissional, sendo que é deste ponto de vista, que a enfermagem adquire autonomia num quadro com o direito à prescrição em enfermagem. Esta prescrição já não é exclusiva dos médicos, sendo que os saberes discretos de outrora adquirem uma linguagem pública conducente à construção da própria legitimidade dos enfermeiros. É, pois, evidente que se torna relevante alterar a relação dos profissionais com os seus saberes, mas também com os poderes que se exercem entre diferentes grupos profissionais e até inclusive com os próprios utentes.

Efetivamente é através dos instrumentos de escrita que se vê possibilitada a visibilidade deste corpo de conhecimentos, quer no seio da sua profissão quer no âmbito das outras profissões de saúde, e é através da investigação levada a cabo pelos enfermeiros nas mais variadas áreas do saber, que se veio impulsionar muito destes conhecimentos, pelo que a Ordem dos Enfermeiros (OE) sublinha que a Investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. A par desta evolução, a afirmação e o reconhecimento social da profissão de enfermagem constituem-se como desafios constantes no campo da saúde, conduzindo os enfermeiros a uma reconstrução dos seus papéis outrora prescrito pelas instituições onde se movem, reconfigurando-se assim a própria identidade profissional.

Deslocando o olhar para a dimensão mais pragmática em matéria da identidade profissional dos enfermeiros, a discussão conduz também ao equacionamento dos saberes implícitos e explícitos inerentes à enfermagem, sejam estes oriundos da esfera da formação sejam da esfera da prática clínica e a este propósito, parece ser consensual que os discursos sobre a formação colocam várias questões em torno dos processos formativos; atualmente há uma adesão crescente para a ideia de que, por um lado, a formação é mais profícua enquanto resultado de uma produção cultural, ocorrida nos contextos formativos por via das interações entre formador/formando, ao invés daquela que preconiza a formação como aquisição de conhecimentos onde o formador é o ator principal.

Por outro lado, a ideia da importância dos climas de formação como condição determinante na melhoria da qualidade dos processos formativos é, em si mesma, uma mais-valia nos próprios processos formativos. A este propósito e com o olhar no ensino de enfermagem há autores que sustentam a ideia de que “ (...) os estudos sobre o clima de formação no ensino superior têm assumido cada vez maior relevância, nomeadamente quando se trata de melhorar as condições de formação tendo em conta o desenvolvimento de um conjunto de competências e de modos de ser e agir” (Pereira et al 2012: 190); outros sugerem mesmo a existência de uma relação forte entre o clima de formação, a aprendizagem formal e a transferência de conhecimentos e competências para os contextos de trabalho (Tracey & Tews, 2005).

Cabe aqui referir que no que diz respeito aos contextos da prática clínica também se deve sublinhar que os CSP se reconfiguraram para melhor dar resposta às necessidades em saúde de modo a fazer face a uma multiplicidade de circunstâncias e desafios numa sociedade sempre a mudar. O profissional de enfermagem, detentor de saberes vários, assume um papel privilegiado na saúde dos utentes/famílias na medida em que se constitui como um ator imprescindível no meio em que se move, porque dotado de inúmeras competências, que são por si só complexas, consegue não só transferir os seus conhecimentos para a sua prática clínica como também recriar os seus próprios saberes pela reflexão na e sobre a prática que exerce precisamente pelos variadíssimos desafios emergentes na sociedade.

Não obstante, estes constituídos enquanto reptos que interpelam a profissão de modo progressivo, carecem de atualizações em termos de saberes e é a este nível que a formação contínua adquire relevância no seio da profissão, tendo como pano de fundo o eixo da inovação, crucial para o futuro do Sistema Nacional de Saúde, implicando por si só novas exigências e desafios que põem a descoberto a mudança de cultura quer na forma como os enfermeiros pensam, quer no modo como trabalham, interagem e se sentem na profissão.

Tal como sustenta d’Espiney (2010:103) é crucial reconhecer que a noção sobre o conceito de saúde é complexo, que há um vasto leque de oferta em termos de cuidados, que as próprias organizações dos sistemas de saúde mudaram o seu registo de ação fruto dos desafios que se lhe foram interpondo, que se alterou a consciência profissional dos enfermeiros (esta agora suportada por um maior domínio de conhecimentos e pela afirmação da enfermagem como uma profissão maioritariamente com enfoque no cuidar), abrindo caminho a novos processos de socialização, estes assentes na capacidade para negociar quer os espaços onde se movem quer os poderes que detêm.

Tendo por referência as considerações que se julgaram importantes para esta discussão sobre a construção identitária da enfermagem e porque se apresentaram alguns conceitos que são bastante difundidos e de caráter geral, julga-se pertinente atentar sobre alguns deles para se proceder a uma clarificação mais cuidada, nomeadamente os que se referem a saberes de índole diversa, competências, transferência, recriação.

Relativamente ao saber partilha-se da perspetiva de Malglaive (1995:37) quando refere que “*O saber é infinito, multiforme, sem contorno discernível. Se é saber para o pensamento torna-se saber-fazer para a acção.*”.

Na ótica deste autor os saberes podem ser teóricos (porque orientam a ação, informam, dão a conhecer o objeto e as suas modalidades de transformação), processuais (dizem respeito aos saberes que regulam a ação e que orientam as práticas e têm que ver com os modos de fazer, as modalidades de organização dos procedimentos, as maneiras como funcionam), práticos (saberes que estão diretamente ligados à ação e ao seu desenvolvimento, permitindo um conhecimento contingente acerca do real, mas frequentemente eficaz para que o ato se opere), Saberes-fazer (são os saberes que resultam diretamente da ação, e que refletem a eficácia da ação, sendo por isso relativos à manifestação dos atos humanos, motores na ação material e intelectuais na ação simbólica).

Nesta ordem de ideias, e de acordo com este autor, o saber teórico é o que fundamenta o saber processual e, geralmente o saber-fazer constitui uma competência ou uma destreza num domínio de prática humana; na mesma linha, defende a ideia que os saberes-fazer são, na verdade, atos que se encontram disponíveis para o ser humano porque foram apreendidos de alguma forma e experimentados e, são os saberes-fazer que possibilitam a operacionalização dos saberes processuais; o reportório destes saberes-fazer é constituído não só por atos disponíveis (porque já foram experimentados e bem-sucedidos), mas também por atos potenciais que permitem ao ser humano ser capaz de os mobilizar para criar novas formas e fazer face a novas situações. Para além destes saberes, introduz um outro conceito importante para esta pesquisa, o saber em uso: este refere-se ao saber que combina todas aquelas facetas atrás mencionadas e que se encontra implicado na ação. “*Assim, na e pela acção, saberes teóricos/saberes processuais e saberes práticos/saberes-fazer substituem-se uns aos outros, interpenetram-se, combinam-se misturando-se.*” (Malglaive, 1995: 89).

Na medida em que os dois tipos articulados de saberes podem, a qualquer momento, transformar-se ou traduzir-se um no outro, poder-se-á afirmar que estamos perante uma formalização do saber; nesta perspetiva, os saberes agora formalizados devem investir-se na ação (ibidem, 100). Esta formalização pressupõe um trabalho prévio que é da área do pensamento e que implica uma mobilização de instrumentos de formalização que permitem compreendê-los e conferir-lhes sentido. Há assim um investimento na primeira transformação e formalização na segunda.

Ainda um outro conceito trabalhado pelo autor supracitado, é a noção de competência, distinta de capacidade pois, para Malglaive (1995:123) esta tem que ver com mérito, talento (é uma questão que remete para a dimensão do valor atribuído) enquanto a de competência tem que ver com a excelência do fazer, com a habilidade para, a amplitude dos saberes e dos saberes-fazer num dado domínio. No fundo as competências são específicas e relativas a um determinado comportamento e, são sempre referentes a uma aptidão para cumprir determinada função ou tarefa. É com base nesta distinção que parece ser pertinente a este estudo deslocar a atenção para os saberes na ação e não tanto para competências já que em causa estão os saberes adquiridos através da aprendizagem pela prática, ou seja, os saberes profissionais. Compreender

que lugar ocupam estes saberes na ação é uma questão pertinente e sendo estes reportados às práticas quotidianas e porque a questão central põe em discussão as esferas dos contextos formativo e os de trabalho, surge outro conceito importante que tem que ver com a transferência destes saberes.

Nesta linha, é de salientar que em causa está a instrumentalização da formação e, assim, de acordo com Malglaive (1995: 250), a formação será um meio para efetuar uma outra atividade de trabalho e permite efetuar tarefas mais ricas traduzíveis em novas responsabilidades. Deste prisma, a formação é um instrumento de cada um de nós onde somos atores e simultaneamente beneficiários da formação, sendo um momento em que cada um manifesta as suas características pessoais e, inevitavelmente, as confrontamos com as dos outros.

É do conhecimento geral que uma das vertentes da enfermagem tem como base a interação humana, onde o foco de intervenção é o outro; compreende-se que a profissão está imbuída de condições/características específicas que colocam desafios particulares aos futuros profissionais e aos seus formadores, sobretudo no contexto atual em que operam profundas alterações sociais, tecnológicas e científicas, na sociedade globalizada com reflexo na saúde em particular.

Daqui emergem duas características que importa enfatizar: a relação entre o conhecimento profissional e o desenvolvimento humano e, o carácter complexo da atividade profissional - atividade multidimensional e de interação humana (Dubet, 2002). É aqui que surge a importância de se valorizar o atual contexto sócio profissional da profissão, nomeadamente a questão da empregabilidade, da transição dos recém-formados para o exercício da profissão e da necessidade cada vez maior de investir na componente da investigação. Estas ideias, tal como já foi sustentado antes, vêm corroborar os estudos que realçam a importância de investir em novos paradigmas pedagógicos (Lima, 2010) e de um processo de formação cada vez mais exigente e diferenciado (Abreu, 2001) que está também em consonância com a OE (2001), ao salientar que é necessário que a investigação assuma uma maior centralidade na formação em enfermagem, sendo através dela que se evolui na profissão para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência.

1.3 Formação e mudança organizacional

A formação em enfermagem tem de se inscrever por referência ao seu contexto histórico e social para se compreenderem as lógicas subjacentes e as representações que dela fazem os sujeitos que a procuram. Atualmente, o ensino de enfermagem é reconhecido enquanto ensino superior, fruto de um longo caminho em busca da sua tão almejada afirmação e autonomia. O perfil da formação entrecruza o perfil de competências, pondo em evidência domínios que se valorizam na formação como o desenvolvimento de competências científicas, crítico-reflexivas e de relação de ajuda.

Porém, outros domínios, que merecem maior investimento, começam a emergir no seio da profissão tendo em conta o contexto atual dos cuidados de saúde e a evolução da própria profissão sendo estes a autonomia, o empreendedorismo e a criatividade. Neste cenário acresce a importância da formação em contexto, como um dos princípios que permite a dialética entre teoria/prática e a mobilização de conhecimentos que favoreçam a mudança efetiva tal como é sustentado pela afirmação “(...) *a necessidade de mudança(s) que favoreçam uma formação mais ajustada à evolução da profissão e aos contextos sociais e profissionais da atualidade e que permitam um maior desenvolvimento da autonomia, da criatividade e de empreendedorismo no estudante*” (Pereira et al, 2012:197).

É pois, neste sentido, que se julga que a ter em conta no ensino superior em enfermagem está a compreensão em torno de novas diretrizes que terão de constituir-se numa oportunidade para repensar a formação profissional e transformar o ensino numa lógica de construção com sentido para o formando. Este por seu lado, terá de ser articulado com os desafios que se colocam às próprias instituições não só em termos dos seus planos de estudo como também dos seus métodos de ensino conducentes ao desenvolvimento da autonomia, da participação significativa e da disponibilidade para o autodesenvolvimento ao longo da vida (Dotta e Soares, 2013; Dotta e Lopes, 2013; Dotta, Marta, Ferreira e Diogo, 2013). Deste ponto de vista, será pertinente perspetivar a forma como se dá o desenvolvimento desta mesma autonomia (dos estudantes em formação), já que se relaciona com os próprios climas de formação nos quais os formandos estão inseridos; “(...) *a autonomia não é uma capacidade dada à priori, exige aprendizado, que passa fundamentalmente pela relação entre estudantes e formadores* (La Ganza, 2008) e *está inserido em climas de formação favoráveis ao seu desenvolvimento* formação (Dotta e Lopes, 2014: 47). De referir que os saberes formalizados em enfermagem são saberes codificados no currículo e, portanto, obedecem a um tempo próprio não dando conta de um saber mais abrangente.

Não obstante, o currículo pode potenciar conhecimentos tácitos, pese embora o facto de que se reconhece que em enfermagem os saberes formais têm sempre alguma limitação. As questões relacionais adquirem também uma relevância na constituição dos climas de formação e as identidades académicas dos formadores assumem um papel fundamental no desenvolvimento da autonomia dos estudantes, sendo fundamental este reconhecimento de que há que ter em atenção que os próprios climas de formação tanto podem potenciar como constranger a disposição de autonomia por parte dos formandos (Dotta e Lopes, 2014.).

Transferindo estes conceitos para a profissão onde o cuidar se assume enquanto eixo estruturante, é de capital importância que o formando (entendido enquanto ator em formação) seja capaz de adquirir capacidades e habilidades cognitivas, técnicas e também relacionais, possíveis através de uma interação cuidativa e libertadora (Pereira, 2005). Nesta perspetiva e assumindo a formação enquanto pilar estruturante, a preocupação central será pensar nas questões formativas

capazes de estimular mudanças desejadas. Daí que pensar a intervenção no âmbito da formação de adultos passe necessariamente por encarar a formação/práticas formativas para além da mera transmissão e acumulação de saberes, indo ao cerne das questões através do questionamento e da reflexão.

Deste ponto de vista, a formação é encarada numa lógica de interioridade onde o sujeito adquire um papel central, sendo que se constitui como fundamental o vasto património de saberes adquiridos e experienciados de que ele é detentor. Por este facto, valorizar tais saberes parece ser crucial, devendo apelar-se à escuta de modo a haver uma real apropriação e atribuição de sentidos. Ainda no perfil de competências, a tónica desloca-se para os modelos de trabalho pedagógicos de formação, e a este propósito partilha-se da ideia de que as instituições de saúde reconhecem a formação contínua como parte integrante da aprendizagem e melhoria de competência dos seus colaboradores, pelo que atualmente fornecem uma panóplia de opções formativas nas mais diversas áreas do saber, onde aqueles poderão aceder ao conhecimento, através de programas de educação estimulantes, relevantes e económicos, potenciando assim alterações profundas e constantes no seio da própria organização.

Tal como noutras profissões, tem vindo a constatar-se que no seio da enfermagem, o acesso ao conhecimento tem sofrido também grandes modificações ao longo dos tempos. A crescente necessidade de conferir competências aos enfermeiros, devidamente reguladas por entidades idóneas, tem contribuído, em larga escala, para dar respostas aos mais diversos desafios e, mais uma vez se sustenta que a educação contínua é, de facto, uma possibilidade importante que visa colmatar eventuais lacunas formativas por partes dos enfermeiros.

Se por um lado, a existência de programas de educação favorece aprendizagens como forma de manter a competência profissional (esta abordagem traz para debate novas formas de pensar a formação), por outro lado, é consensual que a inovação, pedra basilar para o futuro do Sistema Nacional de Saúde, implica por si só novas exigências e desafios que põem a descoberto a mudança de cultura na forma como os enfermeiros pensam, trabalham, interagem e sentem. Efetivamente, os recursos às novas tecnologias em todos os aspetos da sociedade têm real impacto ao nível da educação, repercutindo-se em novas oportunidades na realidade dos profissionais de enfermagem. Assim, o recurso a estas ferramentas aliadas à saúde têm tido uma procura crescente na área formativa em enfermagem e, neste âmbito, importa clarificar termos como e-learning, a Educação à Distância e B-learning ao nível do ensino superior, particularmente na formação em enfermagem. Tendo o contexto empírico desta pesquisa o seu enfoque no formato e-learning parece ser pertinente abordar este conceito de forma mais cuidada e distingui-lo de os outros termos para se perceber do que realmente se trata.

Assim, em primeira instância há que referir que o termo e-learning se reveste de uma polissemia ampla; numa abordagem inclusiva e segundo Sangrà, Vlachopoulos, Cabrera & Bravo (2012:13) a definição de e-learning refere-se a

uma “*Modalidade de ensino e aprendizagem que pode representar o todo ou uma parte do modelo educativo em que se aplica, que explora os meios e dispositivos eletrônicos para facilitar o acesso, a evolução e a melhoria da qualidade da educação e formação*”. É ainda relevante atender a uma dimensão do termo e-learning que permite a operacionalização dos conteúdos adquiridos por esta via, ou seja, a adequação dos modelos à prática, em particular, aos processos de aprendizagem e à dimensão do saber-fazer.

O termo “*Usabilidade Pedagógica, (...) dimensão que mais valoriza a transposição de modelos para os contextos de prática*” (Dias et al, 2015:76) é o indicador que maior vínculo tem com o saber-fazer, pois requer um nível de apropriação superior de conhecimentos e sua aplicação aos contextos de prática. Esta modalidade tem revelado experiências bem-sucedidas trazendo benefícios para os formandos, ideia esta que é sustentada por vários autores que realizaram estudos no Reino Unido onde se demonstrou a eficácia dos cursos on-line, nomeadamente o recurso ao e-learning nas instituições de saúde. Tais estudos permitiram também constatar que é frequente por parte de algumas organizações de saúde oferecer aos seus colaboradores excelentes recursos para apoiar a aprendizagem ao longo da vida e, efetivamente, o potencial de e-learning adquiriu a este nível contornos estratégicos na abordagem da formação, conduzindo ao próprio reconhecimento de que esta ferramenta transformadora, possibilita a identificação de novas formas de utilização do potencial da tecnologia no processo de aprendizagem. A tecnologia passa a ter um papel preponderante sendo usada como uma alavanca poderosa quando se pensa na melhoria da educação e, conseqüentemente, em melhorias na saúde.

Um outro conceito é o da Educação à Distância, termo complementar do e-learning mas que nos contextos de prática, assume uma ampla diversidade de perspectivas que, de todo, pode ser descontextualizada do seu curto historial e dos próprios contextos e culturas institucionais em que se desenvolveu; não obstante, de uma forma geral, existe uma relação estreita entre estes dois conceitos já que “*(...) considera-se que, em ambos os conceitos, a flexibilidade temporal e espacial nas aprendizagens, a autonomia, a mediação interpessoal, social e tecnológica, a colaboração e a interação são princípios que lhes são transversais*.” (Dias et al, 2015:8);

O termo “Blended learning ou B-learning” refere-se a uma outra modalidade de aprendizagem, esta híbrida porque abre espaço a um modo de trabalho dinâmico para o pensamento crítico. Combina práticas pedagógicas de ensino presencial com ensino à distância visando melhorar o desempenho dos formandos em ambos os ensinos; neste sentido, combina aspetos off-line e on-line para obter o melhor resultado possível entre os formandos. A sua implementação exige uma estratégia de mudanças que passa pela identificação dos colaboradores que estão interessados em participar nesta mudança e, apesar de poderem ser realizadas em ambiente on-line ou presencial, contam geralmente com a presença de um instrutor/mentor disponível, junto às equipas.

Face ao exposto e independentemente do dispositivo de formação, o que parece adquirir relevância não será tanto o formato em que a formação ocorre, mas antes os modos de trabalho pedagógico (MTP) subjacentes à formação. Lesne, (1984) a este propósito identifica três modos de ação pedagógica, e caracteriza-os em: Modo de tipo transmissivo de orientação normativa (MTP1); Modo de tipo incitativo de orientação pessoal (MTP2); Modo de tipo apropriativo, centrado na inserção social (MTP3), defendendo a ideia de que estes são os modos que permitem repensar a formação, a educação e a ação.

Trazendo para debate o que parece ser o que melhor se adequa à formação de adultos em enfermagem, importa referir que o MTP3 é um modo de trabalho de tipo apropriativo, centrado na intervenção social do indivíduo, e é considerado como um meio pelo qual se exerce o processo de formação como ponto de partida e ponto de chegada da apropriação cognitiva do real. É aquele que é, sobretudo, considerado como um agente de socialização, agente determinado mas também determinante, agindo ao mesmo tempo em e sobre as condições estruturais do exercício do processo, em e sobre o próprio processo, e, por consequência, agente social e agente de socialização – formação das outras pessoas. Este modo de formação reflete que uma pessoa em formação é uma pessoa em relação com o mundo das coisas e dos homens, e que o desenvolvimento das suas capacidades depende da sua inserção social. O percurso pedagógico consiste num alternar entre a abordagem teórica e a confrontação prática, com a finalidade de incluir as interferências entre as experiências da vida quotidiana e as relações sócio globais.

Diretamente relacionado com esta dimensão da formação está a forma como o sujeito se apropria desse saber e, nesta linha, o formando define-se como um elemento estruturador da situação, ou seja, ele atribui um sentido estratégico e reconhece que os constrangimentos são realmente arbitrários na situação.

O formando é não só agente da sua própria formação como é também agente da formação da própria situação formativa; desta forma, pode afirmar-se que a lógica é comunicacional dado que há troca de saberes e partilha de conhecimento entre os pares favorecendo a complexificação de saberes através da interrogação mútua. O MPT3 permite inferir que mais importante do que os efeitos individuais da formação são os efeitos sociais e coletivos porque capazes de produzir organizações competentes e, portanto, qualificantes.

Também Correia e Matos (1994:336), sustentam que a pertinência da formação terá a ver com a capacidade de intervir no âmbito organizacional e não exclusivamente com a adaptação do indivíduo ao posto de trabalho. Esta ideia salienta uma dimensão que interessa referir e que é a possibilidade de encarar os contextos de trabalho como espaços privilegiados de intervenção estratégica da formação, na medida em que também produzem saberes, complexificando-se assim as relações entre a formação e o trabalho. Os contextos de trabalho são simultaneamente contextos formativos potenciadores da mobilização de saberes (formais, informais e experienciais) das próprias situações de trabalho

para as de formação e destas para aqueles, reconstruindo novos sentidos pela interpretação conjunta construída pelos atores que neles se movem.

Por sua vez, estas aprendizagens podem ser reinvestidas naquelas situações operando mudanças não só de índole individual como coletiva. Correia e Matos (1994:345), defendem que as especificidades de saberes que se produzem nos contextos de trabalho, bem como o vasto leque de atores que nestes exercem funções (permitindo o cruzamento de diferentes pontos de vista), parecem ser fatores propiciadores para os conceber como o “(...) *espaço de intervenção estratégico da formação* (...)”; nesta mesma linha, Amiguinho (1992:47) considera que os contextos de trabalho são, em si mesmos, espaços de Investigação-Ação e, portanto, de formação.

Deslocando o olhar para o trabalho do formador, pode afirmar-se que este terá um cariz interventivo com base na eficácia comunicacional que estabelece com e para o grupo em formação e, nesta perspetiva, existe uma constante dialética entre o “*transfert* e o *contra transfer*”, ou seja o trabalho de formação está em constante construção e reconstrução na medida em que transformando os atores sociais implicados, promove a inter e heterocompreensão atribuindo um real sentido à formação. Recorre-se a Honoré (Correia, 1997:36) para sustentar a ideia de que a formação se enquadra numa prática possibilitadora do questionamento sobre “(...) *as condições e experiências vividas na diferença para ultrapassar as separações onde elas se inscrevem e as delimitam, para as integrar em conjuntos novos.*”; o dispositivo formativo inscreve-se numa “*praxis que se situa “entre”. No intervalo*” (ibidem); isto quer dizer que o trabalho de formação apela ao questionamento e põe a descoberto o próprio sentido estratégico da formação. Valoriza-se a dimensão relacional que o trabalho produz, promovendo o espírito crítico de modo a haver uma interpretação e produção de sentidos pelos sujeitos para se apropriarem competências instrumentais e comunicacionais, o que subentende uma lógica de interioridade “(...) *através de uma problematização do campo profissional, tal como se encontra instituído* (...)”, mais preocupado com “(...) *a recomposição das competências do que com a sua acumulação.*” (Correia, 1999:19).

Por fim, nesta problematização das duas esferas em tensão permanente, importa submeter à avaliação todo o processo formativo já que mais importante do que o controlo da formação interessa a sua efetiva avaliação. Berger (1992) defende a ideia de que a avaliação constitui o momento crucial da formação e, nesta perspetiva, convém referir que “*Toda a avaliação supõe a reconstrução de sentido a partir de informações emitidas num contexto particular e de condições efémeras e não reproduzíveis*” (Terrasêca e Carvalho, 2001:45). Também Vilar (1992:45) sustenta a ideia de que “*As funções avaliativas no âmbito de qualquer projecto e/ou programa de interação sócio-relacional (...) devem constituir-se como verdadeira consciência crítica do mesmo e (...) como elemento de controlo da qualidade do seu desenvolvimento e respectivos resultados.*”.

Nesta linha de pensamento, e tendo em conta as abordagens de Ardoino (1990) nesta matéria, mais do que o controlo da formação que tem que ver com o papel

cumprido e, portanto, com a contabilidade entre o que foi previsto e o que foi realizado, interessa a avaliação até porque tem que ver com a construção de sentido *na medida em que “A eficácia de uma “avaliação” reside nas decisões subsequentes (...) a fim de permitir apreciar a evolução e tomar as decisões adequadas quer para prosseguir com o percurso projectado, quer para o modificar, desde que a situação o justifique.”* (Nilar, 1992:4).

Centrando agora a atenção no curso que serve de analisador a esta investigação, parece ser o momento para tecer algumas considerações julgadas pertinentes reconhecendo desde já que esta formação tem, de facto, potencialidades que lhe estão atribuídas, mas tem também limitações, e é sobre estes aspetos que de seguida se fará uma breve incursão em torno dos mesmos.

Assim, no que se refere às potencialidades, pode afirmar-se que está preocupada em dotar os formandos com um corpo de conhecimentos mais aprofundado sobre as dinâmicas familiares e, nesta lógica, está vocacionado para conferir saber específico na área da saúde familiar a quem a ele recorre. De facto, e de acordo com o programa formativo aprovado pela OE em 2011, o curso de FPGESF iniciou-se, em 2013, em instituições do ensino superior e visa o desenvolvimento de competências, que integrem o conhecimento, a capacidade e o agir consistente nos cuidados às famílias. Sustenta-se que a família é o foco dos cuidados de enfermagem e, nesta ordem de ideias deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional. Tal conceção vem adquirir um novo impulso no contexto da reforma dos CSP, com a aposta em modelos de organização de cuidados que promovem, entre outros aspetos, o desenvolvimento do trabalho em equipa nuclear de saúde familiar, a corresponsabilidade pela qualidade do desempenho e resultados atingidos.

A este propósito d’Espiney (2010:35) alega que as reformas que têm vindo a acontecer no campo da saúde vêm reforçar precisamente esta ideia de que os profissionais têm de ser responsáveis e autónomos “(...) *com base num discurso que valoriza sujeitos activos capazes de ir construindo a sua profissionalidade, em ordem aos desafios com que se deparam.*” Os profissionais da saúde e, os enfermeiros em particular, de facto, vão-se deparando cada vez mais com um conjunto de dilemas que têm que ver com a necessidade de terem de definir prioridades em função das situações, avaliando-as para decidir de forma assertiva sobre elas. Neste cenário, a compreensão da família como unidade torna-se essencial bem como a sua concetualização, possível através de um paradigma que permita entender quer a sua complexidade, globalidade e reciprocidade quer a sua multidimensionalidade, numa abordagem que deverá integrar tanto a historicidade da família quanto o seu contexto.

É, pois, pretensão do curso de FPGESF capacitar os enfermeiros de competências específicas na área da saúde familiar, sendo que o enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde,

assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. Nesse sentido, é fundamental empoderar os enfermeiros de um corpo de conhecimentos e de competências, que os mobilize para a compreensão dos fenómenos relativos às questões da saúde familiar e que lhes confira autonomia no planeamento de cuidados, nomeadamente, na tomada de decisão em processos de avaliação e intervenção familiar.

Com base nestas assunções, pode afirmar-se que o curso tem uma forte componente para potenciar efeitos ao nível das competências individuais dos sujeitos em formação, não obstante, ele também encerra em si mesmo alguns limites e constrangimentos na medida em que só muito remotamente se reporta a uma intervenção estruturada dos serviços nestas dinâmicas. Isto porque no atual terreno dos enfermeiros, (considerado já um terreno pós reforma dos CSP), as respostas à população/famílias que aqueles fornecem são de cariz interdisciplinar e, portanto, não se coadunam apenas com a especificidade de um saber acrescido na área de saúde familiar.

Por outro lado, é consensual a ideia de que na área da saúde, se tem vindo a assistir a uma evolução gradual no modo como as equipas de trabalho funcionam quando os seus elementos (diferentes profissionais de saúde) têm de interagir entre si, e tem sido notório a passagem de um registo de monodisciplinaridade para um de multidisciplinaridade e deste para um de interdisciplinaridade, apontando-se a transdisciplinaridade como o seu ideal, esta porém difícil de alcançar. Em boa verdade, e de acordo com o que está fundamentado pela OMS, o enfermeiro de família, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a total responsabilidade da prestação de cuidados de enfermagem a um grupo limitado de famílias, ao longo do seu ciclo vital e nos vários contextos da comunidade e, deste ponto de vista, e na qualidade de enfermeiro de família, este terá competências para desenvolver um trabalho que é de âmbito colaborativo e interdisciplinar na medida em que só conseguirá responder a todos os processos do ciclo de vida das pessoas que lhe estão alocadas desde que haja um efetivo contributo de saberes profissionais, onde todos os envolvidos (profissionais de saúde e família) concorrem para a resolução conjunta dos problemas existentes, o que remete para uma sincronização de esforços conjuntos, quer na tomada de decisão quer no encontro da melhor resolução de problemas.

Partilha-se da ideia defendida por d'Espiney (2010:206) ao referir que há necessidade de pensar conjuntamente no sentido de se atingirem metas levando ao encontro entre profissionais para que em torno da atenção ao utente/família se alcancem resultados visíveis em termos de ganhos em saúde. Só com uma abordagem multiperspetivada, integrada e global do problema em matéria de saúde é que se põe em evidência, de uma forma pragmática, “*A instrumentalização do trabalho interdisciplinar*”, tal como define Vinck (2003), ou seja, torna-se necessário construir a articulação entre áreas disciplinares e o seu confronto, e não somente a sua justaposição.

Também d’Espiney (2010:121) vem reforçar que no campo da saúde, as mudanças particularmente nos CSP remetem fundamentalmente para uma “(...) *heterogeneidade dos valores e dos princípios que regem a ação*.”. É ainda nesta linha que a autora sugere ser fundamental que os enfermeiros (neste caso diremos os “enfermeiros de família”) sejam capazes de redimensionar a sua ação com base numa abordagem sistémica, negociando visões estratégicas de forma a definir claramente o seu campo de atuação procurando dar visibilidade à sua intervenção, construindo para o efeito indicadores que permitam clarificar o seu real desempenho. Trata-se então de aferir estratégias de intervenção para que se alcancem indicadores de qualidade a serem trabalhados por todos os profissionais na área da saúde familiar (d’Espiney 2010: 207-208).

Nesta lógica, pode admitir-se, em teoria, que os “enfermeiros de família” não esgotam na sua prática, o que se pode considerar como cuidados familiares: quando muito eles mobilizam outros intervenientes do centro de saúde (CS) para assegurarem a qualidade destes cuidados. É, pois, neste cenário que aparece a importância da cultura organizacional, já que é através dela que o enfermeiro pode desenvolver a sua ação permitindo-lhe praticar a saúde familiar; dito de outra forma, do ponto de vista da organização da saúde familiar, a prática clínica no CS não se esgota na função do enfermeiro já que envolve outras áreas disciplinares concorrentes para a melhor resolução conjunta de problemas.

É precisamente por isso que, do ponto de vista teórico, se pode considerar que um dos interesses deste curso será o de produzir dinâmicas organizacionais nos serviços uteis à prestação destes mesmos cuidados, que a existirem implicará necessariamente uma reorganização do funcionamento desses mesmos serviços.

Julga-se, pois, que o curso de FPGESF poderá vir a ser profícuo na medida em que possa contribuir para um processo de melhoria da qualificação dos indivíduos e, simultaneamente, da qualificação coletiva da própria organização de saúde, mas que apenas terá efeitos na organização se a própria organização for construída pelos e com os atores sociais que nela se inscrevem, operando-se aí mudanças, estas simultaneamente individuais e coletivas, pela interpretação conjunta de novos sentidos.

2. Fundamentação metodológica do estudo

Investigar em educação e, mais especificamente no quadro das Ciências da Educação (CE), é para Amado (2017:30) um compromisso ético que implica a desejável e necessária transformação e aperfeiçoamento dos indivíduos, das instituições e da própria sociedade em geral.

Relembrando o que está em causa e tendo como pano de fundo a investigação que se quer levar a cabo, de modo a situar este estudo no domínio das ciências sociais e humanas e no âmbito das CE, julgou-se relevante equacionar o impacto que a formação tem no ambiente organizacional de forma a compreender que sentido os enfermeiros conferem e/ou desenvolvem no que diz respeito à mobilização dos saberes apropriados pelo curso (FPGESF) para a sua prática profissional. Nesta linha de pensamento, procurou-se entender se esta construção pessoal e profissional no processo formativo produziu efetivas mudanças e se desenvolveu transformações nas organizações de saúde em que aqueles se movem em termos do seu desempenho profissional, traduzindo-se deste modo em ganhos em saúde dos seus utentes.

Para o efeito pareceu crucial questionar criticamente os saberes e de que forma estes são mobilizados pelos enfermeiros nas esferas da formação e dos contextos de trabalho, refletindo na e sobre a ação/prática potenciando a descoberta do real sentido sobre o que fazem, porque fazem e como fazem; como sustenta Amado (2014:43), *“Procura-se o que, na realidade, faz sentido e como faz sentido para os sujeitos investigados.”*

2.1 Epistemo-metodologia do estudo

Face à tomada de decisão pelo estudo sobre a transferibilidade de saberes apropriados pelos enfermeiros na área de saúde familiar através da FPGESF, o carácter epistemológico desta pesquisa enquadra-se no paradigma fenomenológico-interpretativo uma vez que interessa o modo como a realidade social em questão é interpretada, entendida, experienciada e produzida pelos próprios atores. Neste caso em particular, é relevante a atribuição de significado, a compreensão e interpretação do sentido que os enfermeiros conferem às suas ações e às dos outros nos vários contextos em que se movem.

Com base neste ponto de vista, pode afirmar-se que os procedimentos metodológicos são fundamentados pela forma como se define o problema e é o que dá sentido à coerência deles. É na medida em que importa interpretar e compreender as lógicas que orientaram os percursos formativos dos enfermeiros através do curso (FPGESF) bem como o sentido que lhes atribuem, que se denuncia a recolha de dados a seguir, pelo que no que concerne às metodologias disponíveis para a pesquisa considerou-se mais adequado situar este estudo num quadro que é integrador de duas metodologias conciliando as abordagens quantitativa e qualitativa numa perspetiva interpretativa (Mestrinho 2012:9).

Nesta ordem de ideias, procura-se descrever com a objetividade possível os fenómenos em estudo e captar a sua subjetividade, pelo que se pensa que os dados qualitativos constituem-se como um instrumento que possibilitará compreender as grandes tendências do campo de investigação até do ponto de vista dos diferentes domínios onde se situa a problemática, quer seja do ponto de vista da lógica da formação (da lógica da organização da formação mais curricular), quer seja da lógica da sua pertinência para o trabalho individual e para uma organização de contextos de trabalho sensíveis à saúde familiar.

Por outro lado, a recolha de informação através de dados quantitativos vêm complementar o estudo empírico na medida em que estes apreendem tendências de respostas que permitem dar conta de possíveis coerências e/ou incoerências, reforçando ou contrapondo os dados qualitativos pelo que, de certa maneira, servirão de base a estes.

Face ao que se expõe, pode afirmar-se que se desenha uma abordagem mista capaz de permitir aceder à subjetividades dos atores, sendo que se assume que por um lado, a de cariz quantitativo constitui-se como um possível horizonte de expectativas, e, por outro lado, a de cariz qualitativo, com base em estratégias de intervenção-ação, numa perspetiva interacionista, visa proporcionar uma visão holística e compreensiva dos fenómenos já que estes se inscrevem nas dimensões organizacionais com uma forte ênfase na questão com o saber e o significado que os sujeitos conferem à sua vida profissional e à influência que a formação tem relativamente a esta esfera.

2.2 Participantes no estudo e a intencionalidade da recolha de dados

Neste estudo, quando se perspetivou a pesquisa tanto população como amostra populacional correspondiam ao mesmo universo, ou seja, diziam respeito ao conjunto de todos os estudantes que concluíram a FPGESF, em formato 100% e-learning em modo assíncrono, nas duas instituições de ensino de enfermagem, cujo plano de estudos integrou, globalmente, o programa formativo aprovado pela MCEEC em 2011 e que prevaleceu até dezembro de 2017. As escolas de enfermagem em questão eram duas instituições sendo a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias e a Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.

No caso concreto desta pesquisa, a amostra corresponderia a todos os estudantes pós-graduados desde o início em que esta formação se realizou, ou seja, desde 2013 até ao final do ano de 2017, sendo que o total de estudantes perfazia um total de 210. Em consonância com esta investigação, tendo por horizonte dar conta de uma abordagem mista numa perspetiva interpretativa do que se quer indagar, preconizava-se a intencionalidade da amostra, partilhando-se da ideia de Durkheim (Vale, 2003:233) ao referir que importa muito mais o valor dos factos do que o seu número, pelo que neste sentido, os participantes da pesquisa devem ser selecionados com base na qualidade de informação relativa à problemática em estudo.

Nesta ordem de ideias, assume-se que foi intenção deste investigador construir uma amostra estratégica para se aceder aos dados empíricos de foro qualitativo, no que diz respeito às questões do sentido da formação, do sentido do trabalho e das suas relações entre ambas; efetivamente, perspetivou-se a seleção dos informantes privilegiados da informação a recolher, sendo que a este propósito importa referir que se constituiu para este efeito um número de participantes com algumas características específicas entre as quais se destacam a experiência profissional (quer em tempo nos CSP quer como “enfermeiro de família”) e a pertença destes participantes ao distrito do Porto (por razões logísticas e de acessibilidade por parte do investigador). Na linha de Vale (2003:234) sustenta-se que a preocupação que está subjacente à constituição da amostra não é estatística, pois mais do que ter uma amostra representativa interessa criar oportunidades para selecionar um conjunto de “*peritos experienciais*” detentores de um conhecimento ímpar e global sobre o fenómeno em estudo, tendo como horizonte a possibilidade de incidir sobre contrastes teóricos do campo.

Em conformidade com o quadro teórico de referência a este estudo, a amostra teórica não se define, pois, *a priori*, estabelecendo-se antes com base nalguns critérios mais relevantes para o propósito a que se destina. Assim, interessava a esta investigação abarcar uma representação capaz de espelhar uma variedade de testemunhos possíveis naquilo que eles têm em comum e em diferente, já que a experiência de cada participante é sempre singular porque se inscreve no seu percurso de vida pessoal e profissional.

Sublinha-se que, efetivamente, houve da parte do investigador uma constante preocupação para almejar estes propósitos realizando os esforços possíveis para ultrapassar alguns constrangimentos que por si só foram inviabilizando essas mesmas intenções tendo em conta a altura em que se desenvolvia esta pesquisa. Elencam-se como exemplo: desde logo, o facto de o investigador ter dificuldade em aceder aos respondentes uma vez que os formandos eram ex-alunos que realizaram esta formação específica no período em causa (entre 2013 e 2017) estando a base de dados na posse da tutora do curso; depois, lidar com a difícil tarefa para pedir colaboração aos presumíveis respondentes sensibilizando-os para participarem no estudo foi outra dificuldade, pois, pese embora o facto de terem sido indicados pela própria tutora, apenas alguns se disponibilizaram e mostraram vontade em cooperar efetivamente na recolha de informação.

Decorrente destas preocupações, a desejável amostragem estratégica também ficou condicionada precisamente pela incapacidade em aceder a um maior número de participantes, pelo que os que foram interpelados a participar acabaram por se constituir como uma amostra aleatória, uma vez que, perante a solicitação que lhes foi feita anuíram, sem hesitação, não havendo lugar para reunir qualquer informação prévia sobre eles. Relativamente à recolha dos dados quantitativos propriamente dita era, sem dúvida, expectável conseguir reunir maior número de participantes, mas, também aqui a técnica de recolha de informação teria de ser efetuada pela tutora que viu dificultada a sua ação pela entrada em vigor a 25 de maio de 2018 na União Europeia do novo Regulamento

Geral sobre a Proteção de Dados, acabando, assim, por colidir com a fase de recolha de informação e repercutir-se na própria condução deste processo.

Decorrido o tempo considerado oportuno e possível para a recolha de dados, (cronologicamente situou-se entre maio e início de agosto de 2018), o resultado total em termos de participantes na amostra foi de 25 pessoas, sendo que se julga poder afirmar que esta amostra se reveste de um estatuto válido para se proceder à análise dos dados na medida em que é representativa da diversidade de percursos no âmbito deste processo de formação a que aquela se reporta. Importa acrescentar que ambos os dados (qualitativos e quantitativos) foram integrados na análise com igual estatuto pois o objetivo foi conduzir esta investigação à desejável descoberta da potencialidade indutora da formação e do contributo que esta poderá ter para a prática clínica em enfermagem.

2.3 Técnicas de recolha de dados

A técnica de recolha de dados operacionalizou-se através da construção de dois instrumentos sendo um de cariz qualitativo e outro de índole quantitativo julgando-se assim que se conseguiria a obtenção de dados “brutos”; para o efeito, pensou-se na realização de entrevistas e na aplicação de um questionário, sendo que antes de se proceder a esta recolha foi solicitado por escrito o respetivo consentimento informado salvaguardando questões éticas e legais; este poderá ser consultado através do apêndice I.

A entrevista

O recurso a esta técnica justifica-se por se considerar que a entrevista é, de facto, um método por excelência de recolha de informação quando em causa está a análise do sentido que os atores dão à sua prática e aos acontecimentos com que se confrontam tal como sustentam vários autores de entre os quais Quivy e Campenhoudt (1998:193).

Importa antes de mais tecer algumas considerações prévias a ter em conta nesta pesquisa: em primeiro lugar, salienta-se que se partilha da ideia de Dubar (1997:90) ao defender que “(...) *toda a entrevista de pesquisa é um diálogo, uma conversa*”. Em boa verdade, a entrevista tal qual esta foi pensada, porque inscrita ao âmbito das entrevistas semiestruturadas, vem muito na lógica de uma conversa intencional, sendo de facto uma conversa entre profissionais de enfermagem já que na qualidade de investigador se pertence a esse grupo profissional; em segundo lugar, ainda que orientada por objetivos precisos, o seu intuito é a captação do vivido, do real sentido atribuído pelos sujeitos acedendo desse modo ao conteúdo dos seus discursos, pelo que se entende que este propósito facilmente é conseguido através do conceito designado por Bourdieu (2001) quando o autor traz para o palco deste encontro conversas amigáveis entre entrevistador e entrevistado.

No caso concreto deste estudo, as entrevistas mais não são do que conversas apelidadas de amigáveis e possibilitadas entre profissionais de enfermagem,

podendo nalguns casos recorrer-se à terminologia de Kaufmann, (Amado, 2014:223), ao designar este instrumento de recolha de dados por “entrevista compreensiva” já que se trata de uma técnica qualitativa para recolher informação, articulando formas tradicionais de entrevista semidiretiva com técnicas de entrevista de natureza mais etnográfica.

Na ótica de Ferreira (2014:170) o desafio deste tipo de entrevista compreensiva reside no facto de exigir da parte do investigador um saber-fazer mais pessoal que estandardizado, e que decorre do seu envolvimento com o terreno específico onde se situa a pesquisa. Acrescenta-se um outro aspeto que o autor salienta e que é relevante neste tipo de entrevista: a capacidade de promover uma lógica de criatividade e de descoberta científica indutora de novas teorias e conceitos, conseguida através da estreita articulação entre o processo de recolha de dados e o processo de formalização de hipóteses, sendo tanto mais criativa quanto mais enraizada nos dados recolhidos. Deste ponto de vista a formulação que se edifica deriva de baixo para cima, mais concretamente do terreno empírico para o teórico, até formalizar o que se designa por “*grounded theory*”.

Nesta ordem de ideias, e ainda na perspetiva de Ferreira (2014:171) entende-se a entrevista compreensiva como o culminar técnico e epistemológico de um processo potenciador de criatividade por parte do investigador, sendo que ela resulta de “ (...) *uma com-posição (social e discursiva) a duas (por vezes mais) vozes, em diálogo recíproco a partir das posições que ambos os interlocutores ocupam na situação específica da entrevista (de interrogador e de respondente), dando lugar a um campo de possibilidade de improvisação substancialmente alargado quer nas questões levantadas, quer nas respostas dadas.*”

Este tipo de entrevista impõe um guião previamente planeado, mas que está em plena reconstrução pelo investigador, já que apenas funciona para fazer falar os sujeitos acerca do que importa pesquisar; neste sentido, terá de ser suficientemente plástico para enriquecer o diálogo em interação, dando primazia à escuta ativa, lendo silêncios, gestos, sinais, numa postura implicada mas suficientemente distanciada, para dar lugar ao ponto de vista com densidade narrativa imputada pelos sujeitos.

Cada ponto de vista adquire centralidade e importa ter em linha de conta que perante os discursos dos sujeitos, toda a lógica da análise desta informação é feita com base na saturação da informação e é um processo que se faz em função da representação desse fenómeno de variedade, quer seja a nível das posições que assumem quer seja a nível dos pontos de vista que defendem, emergindo daí categorias que são construídas com base em toda a informação recolhida.

Partilha-se da ideia de Bertaux (Vale, 2003:236) quando este refere que “ (...) *as pessoas que se encontram colocadas exactamente no mesmo estatuto institucional podem exercer a sua actividade de modos muito diferentes porque não têm a mesma estrutura de personalidade ou, para retomar o conceito de Bourdieu, o mesmo habitus no sentido de «conjunto de esquemas de percepção de apreciação e acção»*”. É nesta diversidade de participantes que se busca o

fio condutor entre os seus discursos naquilo que eles têm em comum e em diferente, complexificando toda a trama em vias de construção.

Emerge assim neste sentido, o trabalho verdadeiramente criativo do investigador a que Kaufmann, (Ferreira,2014:191) designa de “*artesanato intelectual*”, possibilitando construir a sua teoria com base na capacidade que demonstra em matizar e personalizar os instrumentos teóricos e metodológicos no curso da sua pesquisa. Num contínuo movimento de vai e vem por parte do investigador, que é criativo, interativo e recíproco, escuta-se atentamente o entrevistado, procura-se a compreensão do seu discurso narrativo, em si mesmo valorativo e categorial, adequando os instrumentos produzidos à interpretação e explicação de evidência específica, tendo por base a análise reflexiva sobre a sua própria intervenção ao longo de todo o processo de produção de conhecimento.

Assumindo estes contornos, construiu-se um guião tal como sustenta Amado (2014: 210) que mais não é do que um plano prévio onde se define e regista o essencial que se pretende obter, sendo que apesar de ter uma ordem lógica para o entrevistador, não obedecerá de forma rígida a esta estrutura pois dar-se-á liberdade de resposta ao entrevistado na interação a estabelecer aquando da sua concretização.

Remete-se para apêndice o guião de entrevista que foi construído (apêndice II) sendo que importa referir que este é composto por 5 blocos temáticos que se estruturam em torno dos seguintes eixos: apreciação global da formação, motivos para a procura da formação, tensões entre dinâmicas organizacionais e o trabalho do enfermeiro, transferibilidade da formação para os contextos de trabalho e, por último a formação e mudança organizacional; com vista a dar resposta a objetivos previamente delineados assim se enquadram os tópicos ou as questões norteadoras para conduzir a conversa entre os intervenientes, dando liberdade ao investigado e centralidade ao seu discurso (por vezes torna-se necessário relançar tópicos para infletir as conversas regulando-as e conduzindo para o que se pretende indagar).

Os dados obtidos, são dados discursivos, intersubjetivos que informam e são informados por pontos de vista do participante respondente, pelo que carecem de uma audiogravação para serem posteriormente transcritos, e sujeitos ao procedimento de análise. As transcrições das entrevistas efetuadas encontram-se em apêndice (apêndice III) tal como a grelha de leitura que serviu de base à análise destes discursos designada de grelha de análise de conteúdo (apêndice IV).

Relativamente a ambos os procedimentos de colheita de dados, importa referir que estes obtiveram a necessária autorização por parte dos estabelecimentos de ensino afetos à investigação, bem como de autorização para cedência dos contactos dos enfermeiros que concluíram a pós-graduação no período a que se reporta a formação realizada.

O Questionário

O questionário construído via Web, através da plataforma *Google Forms* e que se remete para apêndice (apêndice V), foi administrado on-line estando disponível durante 3 meses, sendo de autopreenchimento; visava por um lado, responder a objetivos determinados como avaliar o impacto da transferibilidade de saberes em enfermagem de saúde familiar para a prática clínica e, por outro lado, identificar repercussões pessoais e profissionais conducentes à melhoria para os contextos de trabalho por referência à formação.

Constituído essencialmente por quatro partes estruturantes, pretendeu recolher informações que dariam resposta aos objetivos com base numa escala tipo *Likert*: a primeira parte dizia respeito às características sociodemográficas e profissionais dos participantes; a segunda, referia-se à experiência dos participantes na qualidade de formandos no que diz concerne à satisfação sobre a FPGESF e aos efeitos formativos do curso FPGESF; a terceira reportava-se aos processos formativos em si mesmos, sendo relevantes os dados sobre o perfil da formação, a articulação da instituição/coordenador/ formador com os atores envolvidos e seu contributo na implementação da formação; por fim, a quarta, referia-se ao impacto organizacional nos contextos de trabalho onde os participantes desempenham as suas funções.

A par destes eixos norteadores, foi possível colocar também questões de resposta aberta, que permitiram contemplar alguns itens orientados para a obtenção de dados referentes à Identificação de fatores que contribuíram ou condicionaram a formação, vantagens do formato e-learning para o processo de ensino-aprendizagem e produção de saberes, repercussões pessoais e profissionais decorrentes da formação, bem como a Identificação de sugestões contributivas para a melhoria do funcionamento do curso ou para a alteração do plano global do mesmo.

Este instrumento foi enviado aos respondentes através de e-mail tendo-se incorporado no próprio instrumento o consentimento informado para salvaguardar questões éticas e deontológicas inerentes ao processo de investigação. Após o término do prazo estipulado para respostas, os dados extraídos foram exportados para uma base de dados para que aqueles fossem objeto de tratamento estatístico; esta encontra-se na posse da autora (este investigador) e poderão ser consultados, sob pedido e mediante a sua autorização; não obstante, desde já esta fica disponibilizada para consulta por parte do júri caso este o entenda. Os dados recolhidos foram guardados pelo investigador apenas para este estudo e serão posteriormente destruídos.

2.4 Procedimento de análise de dados

Quanto ao tratamento e análise dos dados quantitativos pode afirmar-se que foi efetuada uma análise estatística descritiva no sentido de apreender tendências de respostas através dos eixos estruturantes que constituem o referido questionário. Já para o tratamento e análise das respostas às questões abertas integradas no questionário, os dados foram incorporados como complementares

dos qualitativos reforçando ou contrapondo as ideias que sustentam os discursos dos sujeitos, no sentido de gerar coerências ou até incoerências na análise dos mesmos. Deve aqui acrescentar-se que é neste sentido que se sustenta que os dados quantitativos foram revestidos de igual estatuto face aos qualitativos no que se refere à discussão em análise.

Relativamente ao tratamento e análise dos dados qualitativos oriundos das entrevistas, e tal como já se deixou antever, a interpretação do sentido é fulcral para esta pesquisa, pelo que a análise dos dados se torna a sua questão central. Deste modo, procedeu-se a uma análise de conteúdo sendo que o intuito foi pôr em discussão os dados que emergiram do terreno, isto é, a partir dos dados empíricos construiu-se a teorização, aproximando este procedimento do que se designa por “*grounded theory*” tal como se referiu antes.

É através da utilização de uma grelha, construída para analisar o conteúdo dos discursos, que as entrevistas são objeto de análise, abrindo espaço para um maior rigor e complexidade nos processos em questão. Nesta ordem de ideias, a grelha facilitou a execução das tarefas a realizar, pois ajudou na organização, transcrição, ordenação e categorização dos dados, com vista a uma análise mais profunda e diversificada. Não obstante, o investigador, detentor de uma vasta informação recolhida, teve de se deparar com um problema que foi o de como dar sentido a esse diferenciado conjunto de factos sem desperdiçar a riqueza das significações. A adoção de uma abordagem indutiva, tendo por quadro de referência um conjunto de procedimentos que interpenetra em simultâneo a recolha e a análise dos dados, procurou descobrir, desenvolver e consolidar um leque de categorias capazes de codificar de forma sistemática o corpus das narrativas.

É, pois, através deste processo de construção das categorias que se vai arquitetando o corpus no decorrer da análise, num movimento contínuo de vai e vem, como que em espiral, entre os dados brutos e os processos de integração que deles emergem. Vale (2003:245) defende que subjacente a estes processos baseia-se a análise enraizada potenciadora da descoberta indutiva que decorre da ordem das categorias produzidas pelo narrador, oriunda dos seus discursos. Em boa verdade, é nesta lógica que se pensou a identificação das categorias pertinentes à análise, as quais emergiram do próprio corpus de dados, sendo que não existem categorias pré-concebidas *a priori*; pelo contrário, a pesquisa situa-se num domínio onde as categorias de análise são, de facto, indutivas tendo como finalidade major aumentar o potencial da descoberta da realidade subjacente ao material recolhido tal como sustenta Bardin (citado por Mestrinho, 2012:12). A este propósito importa referir que as categorias (e subcategorias) desta pesquisa estão explicitadas devidamente tendo sido incorporadas no apêndice que é respeitante à grelha de análise de conteúdo.

O quadro de análise, de cariz interpretativo deverá integrar todas as unidades de análise emergentes dos discursos dos participantes, numa perspetiva heurística sendo que é da dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise que se vai construindo a teorização, ideia

sustentada por vários autores como Vala (1993), Estrela (1994) e Bardin (2009). Deste modo, Vale (2003:252) defende que o objetivo central da análise de um corpus de narrativas é perceber o fio condutor da trama que traduzirá a lógica da ação dos entrevistados.

A interpretação resultante da análise, consubstancia apenas uma possibilidade de interpretação desse fenómeno pelo que será sempre um trabalho subjetivo e inacabado, não invalidando outras interpretações possíveis e diferentes.

2.5 Considerações éticas e deontológicas do estudo

Todo o estudo interpretativo acarreta necessariamente questões do foro ético e deontológico, designadamente o consentimento informado de todos os participantes no estudo, sendo de referir que este aspeto foi devidamente acautelado por parte do investigador tal como já foi referido anteriormente. É, pois, imprescindível para o curso da investigação, seja ela qual for, que se atendam a determinados aspetos quer em relação ao próprio processo de investigação, quer em relação ao investigador enquanto profissional.

Nesta ordem de ideias, Amado (2014:407) sustenta que existe uma “*práxis ética*” que é comum a todas as estratégias de investigação de foro qualitativo e que é com base nessa práxis que se deverá construir uma relação entre investigador e investigado, pautada pelo princípio da sinceridade, verdade e confiança entre ambos. A construção desta relação deve ainda assentar no respeito mútuo, sendo que com base nesta premissa é fundamental ter a capacidade de adequar essa relação ao tipo de população com que se trabalha (crianças, adolescentes, adultos, idosos, jovens delinquentes, pessoas com algum grau de deficiência).

A acrescentar a estes aspetos, há ainda a questão da confidencialidade e privacidade dos participantes na investigação, preservando sempre os seus dados pessoais.

Obter a necessária autorização para efetuar a pesquisa torna-se crucial devendo fazer-se uma clara apresentação dos detalhes que se vão tratar no curso da investigação; para o efeito é relevante explicitar toda a informação no que concerne às metas, aos objetivos, propósitos, processos, resultados esperados e modos de divulgação inerentes a esta.

Além disso, o cumprimento integral do que foi contratado, quer na abordagem quer na negociação, para obter a anuência e colaboração das pessoas e das instituições implicadas deverá ser também um requisito básico em termos éticos.

Quando em causa está o estudo de fenómenos da vida real que implicam situações e pessoas ou em que os resultados poderão afetar as suas vidas, devem ser devidamente acautelados aspetos e circunstâncias que não prejudiquem os participantes. As estratégias utilizadas para autenticar e assegurar o estudo, não perdendo o rigor analítico do trabalho que se quer levar a cabo, devem garantir o anonimato e negociar sobre o cariz público ou privado da investigação. Uma pequena dica para resolver este tipo de questão pode ser o recurso a pseudónimos para os participantes e o uso de nomes fictícios para

as instituições em análise, sendo que a este propósito interessa referir que as entrevistas transcritas assumem nomes fictícios para evitar qualquer questão conflitual, legal ou ética.

Ainda a ter em linha de conta dois fatores importantes: o respeito pelos códigos de ética e pelos Comitês de ética das universidades e unidades de investigação, os quais salvaguardam eventuais conflitos na esfera dos direitos humanos. Muitos destes aspetos são transversais às investigações de índole quantitativa pelo que se julga poder transpor quase a sua totalidade para estes domínios. No caso concreto desta pesquisa, é de salientar que todos os participantes/atores envolvidos, foram devidamente informados acerca da importância do estudo a indagar, sendo de referir que se teve o cuidado de garantir a confidencialidade dos dados e de toda a informação que permite identificar os participantes da mesma, durante todo o processo de investigação, introduzindo fatores de responsabilização para com os intervenientes na investigação (Erikson citado por Mestrinho (2012:12)), para que estes pudessem assim decidir e consentir a sua participação no estudo em causa.

Da igual forma, garantiu-se o direito de responder a quaisquer perguntas sobre a investigação e os seus propósitos, assegurando aos mesmos que o material colhido não estará sujeito a comercialização e/ou disseminação que possa prejudicar os entrevistados ou o seu local de trabalho.

Os dados colhidos pelos instrumentos usados serão mantidos apenas no decurso desta investigação, findo este tempo proceder-se-á à sua destruição; constitui-se como compromisso deste investigador manter os participantes informados, se assim o desejarem, sobre o desenvolvimento da Investigação e após o seu término serão comunicados os resultados e partilhados os documentos produzidos caso seja da vontade dos próprios.

3. A potencialidade indutora da formação e seu contributo para a prática clínica em enfermagem

O debate que se irá aqui expor constitui-se como uma das interpretações possíveis relativamente aos dados que foram oriundos de uma diligência que se pode apelidar de conturbada no curso desta pesquisa (em boa verdade exaustiva, mas com cariz pouco profícuo naquilo que foi o processo de obtenção e acesso de dados), sendo de salientar que a grande preocupação do investigador residiu sempre em nortear as suas opções e caminhos a seguir tendo por base as questões de investigação que estavam em discussão:

- Que sentido é que estas pessoas conferem à formação e como pensam a transferência desses saberes apropriados para os seus contextos de trabalho.
- Como é que as pessoas viveram a formação e que impacto tem a sua construção pessoal e profissional no ambiente organizacional onde se inscrevem.

Concretamente nesta secção, trata-se de tentar encontrar lógicas (ou até alguns indícios) que ajudem a caracterizar o modo como os participantes no estudo pensam a relação entre a formação e os contextos de trabalho e perceber se a formação em causa potencia efeitos formativos capazes de conduzir a uma qualificação coletiva da organização ou, em última instância, perceber se a formação pode ser reinvestida nos contextos de trabalho, ainda que numa lógica de informalidade, contribuindo para a mudança desejável nas organizações de saúde em termos das suas práticas quotidianas, traduzindo-se deste modo em ganhos em saúde.

Tal como já foi referido anteriormente na abordagem aos fundamentos metodológicos, era pretensão desta investigação obter uma representação de dados suficientemente variada em termos de testemunhos naquilo que eles têm em comum e de diferente. De facto, os dados que foram possíveis recolher dizem respeito a uma amostra que se considera ser diminuta tendo por referência o que era previsível no início desta investigação. Constituída por 20 inquiridos e 5 entrevistados é relevante salientar que, pese embora o facto de esta amostra ser reduzida face ao universo, os dados em análise não têm a pretensão de ser estatisticamente significativos pois o que é realmente importante é a qualidade de informação relativa à problemática em estudo.

Deste ponto de vista, julga-se que nem por isso estes dados deixam de ser representativos da diversidade de percursos no âmbito deste processo de formação nomeadamente porque de entre os respondentes há enfermeiros, enfermeiros graduados, enfermeiros especialistas e ainda mestres, cada um com vivências singulares e experienciando a formação em causa de forma pessoal. É também por estes fundamentos que se pode sustentar que esta amostra tem uma validade do ponto de vista estatístico, pelo que se procedeu a uma leitura estatisticamente mais descritiva dos dados quantitativos, preocupada sobretudo em apreender tendências de respostas reveladas pelos sujeitos.

Tecidas estas considerações e centrando a tónica na informação a tratar é importante ter em linha de conta que cada ponto de vista adquire centralidade e é na diversidade de participantes que se busca o fio condutor entre os seus discursos através daquilo que é homogêneo e heterogêneo, complexificando-se assim toda a trama em vias de construção. Tal como nas questões metodológicas se deixou clarificado e de acordo com a informação que se foi recolhendo, construíram-se categorias (e subcategorias) para melhor analisar os discursos dos sujeitos, tendo a preocupação de analisar os dados incorporando os de foro qualitativo e os de foro quantitativo com igual estatuto, procurando sempre os que se entenderam como os mais significativos para a categoria/subcategoria em questão, dando-se para isso relevo ao que se pretendeu entender para análise. O intuito residiu no facto de que os dados se complementassem uns aos outros, quer para reforçar as ideias que subjazem à referida análise quer até para as contrapor, fazendo, deste modo, uma triangulação em torno dos mesmos, ou seja, através da identificação das convergências e divergências entre ambos os dados julgou-se poder contribuir para a produção de resultados que se complementaram mutuamente, favorecendo uma interpretação mais completa e mais abrangente daquilo que se quis investigar.

Com base nestes pressupostos procede-se de seguida à interpretação que se efetuou, com o intuito de conduzir esta investigação à desejável descoberta da potencialidade indutora da formação e do contributo que esta poderá ter para a prática clínica em enfermagem.

3.1 Apreciação global da formação

Tendo em linha de conta que esta formação versou sobre a saúde familiar foi pedido aos sujeitos que se pronunciassem em termos gerais sobre este processo formativo e, no que concerne à **apreciação global da formação** aquilo que foi considerado como mais relevante possibilitou inferir que teve a ver com a capacidade para fornecer conhecimentos nesta área contribuindo para fundamentar a prática clínica; estas considerações são passíveis de ser identificadas no próprio discurso dos sujeitos através dos seguintes excertos:

“(...) aquisição de novas competências, no âmbito da saúde familiar e (...) fazer a diferença no trabalho com as famílias (...) são os grandes impactos (...) desta Pós-graduação.”

“(...) esta Pós-graduação, veio otimizar, transformar também, o trabalho com as famílias (...)” e “(...) está bem adequada, (...) e dá resposta (...) em termos de (...) saúde familiar (...)”

“(...) em termos de aprendizagem deu-me muito mais do que eu estava à espera.”

Também os dados quantitativos incluíam itens que possibilitavam aferir a perceção dos informantes quanto à apreciação global da formação e à satisfação sobre a FPGESF tendo em consideração a experiência como enfermeiro de família; aqueles são concordantes com os dados qualitativos na medida em que 15 dos 20 inquiridos referiram claramente que o curso não só foi enriquecedor como também se sentiram satisfeitos face ao plano global do curso em termos das unidades curriculares preconizadas.

Quando se pedia aos sujeitos para se referirem ao processo de formação em si, os seus discursos oscilaram essencialmente em torno da estrutura / modalidade da formação e em torno da pertinência genérica que aquela teve para eles, constituindo-se estes dois eixos como subcategorias importantes.

No que concerne à estrutura e modalidade da formação, e tendo como centralidade a estrutura, os sujeitos apontaram não só para a forma do funcionamento em si do curso como também para a própria plataforma que sendo intuitiva lhes permitia aceder aos conhecimentos, conduzindo por isso a resultados gerais satisfatórios:

“(...) pós-graduação bem estruturada (...)”

“(...) a plataforma estava muito bem-criada, era muito intuitiva e era muito fácil de a percorrer; achei que (...) as aulas, os lançamentos dos módulos, estava tudo nos tempos certos e era muito fácil de trabalhar na plataforma (...)”

“(...) o curso está bem organizado (...)”

“(...) é um estudo muito mais solitário porque nós não interagimos com os colegas (...) requer mais a nossa atenção (...)”

Já relativamente ao formato e-learning como estratégia formativa, e portanto numa apreciação mais preocupada com a modalidade em que este processo foi pensado, pode inferir-se que a maioria dos sujeitos sustenta que esta foi útil uma vez que permitiu uma gestão de tempo pessoal considerando que de outra forma não teria sido possível (caso fosse em sala de aula obrigando a presença física num determinado tempo pré estabelecido, não fariam esta formação à data de ingresso); estas considerações são passíveis de ser espelhadas através dos seguintes excertos:

“(...) ser em formato (...) e-learning (...) Foi útil, foi possível adquirir (...) os conhecimentos e as capacidades (...) é muito mais fácil conseguir gerir o (...) tempo (...)”

“(...) se não fosse e-learning eu não teria feito a pós-graduação, porque o momento de vida pessoal que eu estava a viver (...) não era compatível (...) com o fazer uma pós-graduação em modulo físico numa escola normal.”

“(...) o modo e-learning tem vantagens (...) dar mais liberdade em termos de aprendizagem (...) um melhor aproveitamento de tempo (...)”

Ao analisarmos os dados quantitativos, também através destes se pôde perceber que os resultados eram bastante favoráveis não só quanto aos conteúdos (19 dos 20 informantes) como também quanto às metodologias e estratégias formativas (ambos 14 dos 20 informantes) já que potenciaram conhecimento, capacidade e agir na profissão. Aliás, quando questionados especificamente sobre a adequação do formato e-learning ao processo de ensino-aprendizagem, as respostas foram bastante positivas (15 dos 20 informantes) sendo que simultaneamente consideraram que aquele foi adequado às suas próprias disponibilidades (16 dos 20 informantes); apenas um

dos sujeitos discordou não havendo dados suficientes para tecer qualquer juízo sobre esta questão.

Também os dados relativos à pergunta aberta integrada nos questionários referente aos fatores que mais positivamente contribuíram para a formação que realizaram, permitem inferir lógicas que no entender deste investigador constituem fundamentalmente uma suma de sentidos agregados que vão de encontro a alguns destes discursos, os quais pela sua homogeneidade possibilitam sustentar a ideia de que os dados se encontram concordantes. Deste ponto de vista, apontam-se como fatores contributivos o formato e-learning (enquanto facilitador desta formação pela gestão de tempo autónoma subjacente ao modelo adotado) e ainda o acréscimo de conhecimentos nesta área. Estas considerações são passíveis de serem ilustradas através das seguintes expressões mais significativas:

“Aprendizagem; aplicação na prática.”

“(...) o facto de ser e-learning, gestão autónoma do tempo.”

Não obstante, e para esta análise julga-se que é importante referir que os sujeitos são ainda da opinião de que esta formação seria mais profícua se existissem espaços para operacionalizar temáticas abordadas e também momentos de partilha e discussão de casos favorecendo a consolidação de alguns saberes neste processo de ensino-aprendizagem, afirmações que podem ser espelhadas através dos seguintes discursos:

“(...) se pudéssemos despendar (...) algum tempo na operacionalização do modelo dinâmico, acho que ainda iria ser mais enriquecedor (...) porque também é isso que depois nos facilita, (...) a implementação no nosso dia a dia, na nossa prática (...)”

“(...) falta (...) aquela interação, aquela troca (...) a partilha, os estudos, discussão de casos, que (...) com os colegas (...) também é muito enriquecedor e isso não existiu.”

“Se (...) a nível (...) da unidade curricular houvesse uma sessão de discussão, ou individual ou em grupo, (...) permitiria (...) esclarecer algumas dúvidas (...) algumas partilhas, colocarem (...) alguns casos práticos (...) podia ajudar nesta questão de cimentar o processo de aprendizagem (...)”

A este propósito também os dados quantitativos foram sobreponíveis aos qualitativos quando a tónica foi colocada no desenvolvimento das competências inerentes ao plano curricular, sendo que 12 dos 20 informantes consideraram o formato e-learning adequado; contudo, houve um que discordou o que poderá ter a ver com a falta de espaços conjuntos para a partilha de ideias entre as pessoas que realizaram a formação. Tal discordância também foi possível perceber-se através dos discursos que de seguida se expõem:

“(...) no fundo foi a desvantagem (...) foi sentir que o formato e-learning para mim (...) não se tornou muito fácil (...) eu não consigo relacionar honestamente uma vantagem direta pelo facto de ser um formato e-learning com o saber desta formação (...)”e “(...) a abordagem, (...), foi profunda, foi complexa (...) achei que o formato e-learning para mim, não sei, não me disse isso mesmo.”

“(...) o formato e-learning (...) trás (...) uma gestão pessoal (...) não é compatível com (...) estas discussões (...) (ou em grupo ou a nível individual (...))”

Já no que diz respeito à pertinência genérica da formação, consideraram esta formação pertinente na medida em que para além de fazer sentido veio ajudar a estruturar o trabalho com as famílias de uma forma geral e, em particular organizar o processo de enfermagem a respeito da saúde familiar; estas inferências são passíveis de se constatar através dos seguintes excertos:

“(...) os conteúdos são adequados (...) pertinentes e (...) relevantes para depois pormos em prática (...) aquilo que se aprendeu na pós-graduação.”

“(...) na parte final do curso, esses mesmos temas que me causaram (...) mais desconfiança no início (...) fizeram todo o sentido, acho até que foi a base (...) para depois, mais tarde.”

“(...) pertinente porque (...) ajuda-nos a situar e também a estruturar o nosso raciocínio em relação ao processo de enfermagem.”

“(...) técnicas de intervenção familiar (...) também são muito úteis (...) dá-nos muito conhecimento técnico relativamente (...) à nossa postura e à forma como nós devemos estar com uma família (...)”

“(...) a matéria lecionada com o que nós aprendemos, está muito distante do que nós fazemos aqui. É muito distante para melhor.”

“(...) fundamentalmente (...) ter uma fundamentação teórica relativamente à nossa prática (...)”

Também os dados dos questionários administrados incluíam alguns itens que procuravam avaliar a perceção sobre a pertinência genérica da formação e quando estes foram analisados, 15 dos 20 inquiridos vieram reforçar a perspetiva apontada pelos dados qualitativos ao sustentarem que esta formação contribuiu para a atribuição de sentido nas funções que assumem enquanto enfermeiros de família, sendo por isso pertinente esta formação.

Não obstante, um dos informantes teve uma posição contrária e quando se fez uma leitura mais atenta aos discursos, também um dos sujeitos apontou para o facto de que no desempenho diário da sua prática não conseguia aplicar estes saberes adquiridos através da formação tal como se pode constatar: *“Consigo fazer (...) algumas coisas (...) mesmo já tendo a noção de que é para nos preocuparmos com todas as repercussões familiares que cada momento trás, essencialmente os momentos de transição (...) depois não tenho capacidade interventiva para a maior parte das coisas que deteto(...)”*.

Um outro sujeito considerou como pertinente esta formação tendo por base o tempo em que esta ocorreu na sua vida ao referir que *“(...) foi útil para mim porque (...) foi possível fazer o curso (...) nessa altura.”*

Face ao que foi exposto, e em jeito de súmula do que aqui foi apresentado, uma das ilações que se podem destacar é a ideia de que este curso foi em termos gerais satisfatório para os sujeitos que realizaram a formação, tendo as pessoas concentrado os seus discursos em torno da pertinência genérica da formação e

da estrutura e modalidade em que esta decorreu. Das considerações que foram possíveis apreender face a estes aspetos, podem realçar-se como aspetos positivos o facto de terem enriquecido os seus conhecimentos na área, a gestão do tempo para realizarem a aprendizagem e a facilidade para a compreensão dos conteúdos através da plataforma de acesso; como aspetos menos favoráveis destacaram a falta de tempo e espaços próprios preconizados em formação para operacionalizarem o que foi sendo apropriado ou até para partilharem ideias e/ou porem em comum situações de índole mais pragmática decorrentes desta formação.

Neste alinhamento, importa ter em linha de conta que seja qual for a apreciação da formação, esta terá sempre de ser enquadrada tendo por referência a conceção que as pessoas têm relativamente aos processos formativos, e neste caso concreto esta representação está tendencialmente relacionada com uma conceção de foro instrumental porque se referem à aquisição de conhecimentos embora desejem a melhoria das suas práticas. Aliás, os dados quantitativos permitem sustentar esta ideia pois, quando a tónica é colocada no impacto que esta formação tem na organização onde os sujeitos se inserem, 14 dos 20 informantes consideraram que esta formação, de uma forma geral, contribuiu para a melhoria das práticas inerentes ao seu desempenho profissional.

3.2 Motivos para a procura da formação

Um aspeto a ter em conta nesta formação tem que ver precisamente por ser na área da saúde familiar sendo que, atualmente, tem-se constatado uma crescente adesão por parte dos profissionais de saúde que trabalham nos CSP, sobretudo por parte dos enfermeiros que já desenvolvem a sua prática clínica em unidades de saúde familiar (USF); não obstante, é necessário referir que há outros enfermeiros que realizam esta formação que têm pouca ou nenhuma experiência nestas unidades funcionais, podendo haver aqui lógicas diferentes quando se equacionam os motivos que os moveram à procura desta formação específica.

De facto, quanto aos **motivos para a procura da formação** e com base no conjunto dos dados qualitativos que foram recolhidos, pode inferir-se que estes têm a ver essencialmente com duas vertentes: por um lado, a possibilidade de se constituir como uma componente letiva integrante de uma (incerta) especialidade na área de saúde familiar, e por outro lado, acrescentar saber académico (no sentido restrito do termo) sobretudo a nível pessoal; este último pressuposto assenta na ideia de que sendo enfermeiros a desenvolver o seu exercício profissional em USF (portanto pensadas numa lógica de existirem “enfermeiros de família” com saber acrescido nesta área para dar respostas em matéria de saúde), sentiram, em algum momento, necessidade em atualizar e/ou aprofundar conhecimentos face à temática conduzindo-os a esta procura. Todavia, pode esta procura também ter a ver simplesmente com o gosto pela temática em si, levando os sujeitos em busca de um acréscimo em termos formativos. Seja qual for a situação que os moveu a candidatarem-se, o

investimento por parte dos sujeitos acentua tónicas diferentes face ao resultado (concluir a formação).

Se atentarmos para as considerações cuja tónica é almejar a possível especialidade poderemos encontrar esta intenção através dos seguintes discursos dos formandos:

(...) no fundo já teria ali feito toda a componente teórica (...) tendo em vista a especialidade (...) sempre idealizei a especialidade em enfermagem de saúde familiar como um objetivo (...) a pós-graduação surge aí como um (...) primeiro passo para concluir esse projeto (...)

“(...) sempre foi a especialidade que eu quis fazer e era nesse sentido (...) fazer esta pós-graduação com este objetivo. (...) avançar a especialidade de enfermeiro de família.”

Se acentuarmos a tónica na procura da formação com base numa motivação do foro pessoal ou porque o seu local específico de ação acentua este tipo de saber, poderemos ver que esta intenção está patente em discursos como os que se seguem:

“(...) faz todo o sentido e, sendo uma enfermeira de família, numa unidade de saúde familiar, conhecer, de facto, a família.” e “(...) foi mesmo uma motivação pessoal (...) só poderia fazer algo que estivesse ligado com a enfermagem de saúde familiar! (...) uma motivação nova (...)

“Quando eu pensei fazer a pós-graduação, foi pensando que era relacionado com o que nós fazemos com o que chamamos enfermeiro de família e pensava que iria ser muito simples (...)

Também os dados relativos às perguntas abertas integradas nos questionários permitem inferir lógicas que no entender deste investigador constituem essencialmente uma agregação de sentidos que vão de encontro aos dois eixos apontados pelos dados qualitativos tal como se acabou de descrever; de facto, pode inferir-se que dentro destas lógicas há também uma homogeneidade que possibilita sustentar a ideia de que os dados encontram-se concordantes e, deste ponto de vista, apontam igualmente para os mesmos motivos atrás referenciados, ilustrando-se estes através das seguintes expressões mais significativas:

“Aquisição de conhecimentos e competências na avaliação e intervenção familiar.”

“Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar.”

Com base nestas apreciações, e em jeito de síntese, os motivos que foram tidos como mais apontados remetem essencialmente para um contributo de índole pessoal já que por um lado sustentaram a possibilidade desta formação se constituir como parte integrante de uma especialidade (aspirada) e, por outro lado consideraram o acréscimo académico que esta teve em cada sujeito. Parece ser claro que, grosso modo, o intuito foi melhorar conhecimentos na área de saúde familiar, até porque em enfermagem é consensual que, presentemente, o investimento, seja ele qual for, não tem repercussões quer económicas quer de progressão de categoria profissional pelo simples facto de

que não há carreira de enfermagem nem tão pouco qualquer benefício acrescido por ser detentor de (mais) um título acadêmico que não o de enfermeiro, como aliás se pode constatar quer com base no que a OE tem vindo a defender na comunicação social quer através das atuais e constantes reivindicações na profissão que têm sido amplamente visíveis nos últimos tempos.

Além disso, quando analisados os motivos para a procura daquela formação tendo uma atenção mais cuidada, parece não haver discursos que remetam para a ideia de que posteriormente a formação viria a ser importante para uma desejável transformação organizacional. Efetivamente, da análise aos discursos das pessoas em questão, nada parece apontar para a importância desta formação enquanto potenciadora de mudança das práticas ou até mesmo das suas organizações, pelo que este aspeto é já um indicador de que quando as pessoas foram para esta formação esta não era uma das suas preocupações.

Porém, há um dos sujeitos que refere claramente uma motivação pessoal sustentando que foi o próprio contexto de trabalho que foi em si mesmo ponto de partida e de chegada para realizar esta formação na medida em que, sendo enfermeiro de família sentiu necessidade de mais conhecimentos nesta área e, neste caso, houve uma necessidade que emergiu do próprio exercício profissional; pode aqui eventualmente considerar-se que, de alguma maneira, este sujeito pretendeu ver reinvestido nesse exercício o que foi adquirir na formação.

Há ainda outros indícios interessantes nos discursos quando analisamos o que as pessoas reconhecem como consequências da formação e, a este propósito, poder-se-á perceber, pelo menos em alguns, que existiram repercussões na prática, o que quer dizer que eventualmente a formação teve aqui um efeito indutor que pode ter a ver com a formação ou pode ter a ver com o que as pessoas fizeram com a formação nos seus contextos de trabalho. É, pois, deste modo, que se pensa que esta formação poderá contribuir para a visibilidade dos saberes que lhe são discretos e tácitos, ainda que não o faça de forma explícita ou implícita no plano curricular.

3.3 Tensões entre dinâmicas organizacionais e o trabalho do enfermeiro

Quando deslocamos a atenção para questões que emergem do próprio contexto de trabalho, como são exemplo as dinâmicas inerentes à organização, a avaliação de desempenho dos empregados (a esperada, a concreta/efetiva e a aspirada), a satisfação profissional, os direitos e deveres da população em matéria de saúde, entre muitas outras, deve ter-se em linha de conta que há necessariamente no seu cerne diferentes pontos de interesse que, conseqüentemente, poderão conduzir a conflitos de índole diversa impondo-se uma gestão humana suficientemente assertiva, profícua e eficiente em termos daquilo que é o Bem maior para todos os envolvidos. Neste emaranhado de situações, decorrente das pressões que o próprio sistema exerce sobre os seus funcionários, surgem sensações desagradáveis, por vezes perturbadoras, que

são frequentemente apontadas pelas pessoas e que facilmente possibilitam desencadear não só desmotivação no e para o trabalho como também potenciam níveis elevados de stress que, quando perduram no tempo, podem ser bastante “tóxicos” para quem as vivencia; deste ponto de vista, julga-se ser necessário ter uma atenção redobrada para com estas pessoas em termos de fatores precipitantes para que cada um em particular mantenha uma sanidade mental capaz de lidar com as exigências quotidianas com que se depara.

O ter de lidar com (possíveis) constrangimentos de forma sustentada e com peso equitativamente razoável entre o que se pensa ser o desejável, o real e o possível de execução em termos da atuação de cada um no seu ambiente organizacional, é uma aprendizagem pessoal que carece de apoio logístico e até humano na maior parte das situações, que na maioria das vezes não se encontra ou dificilmente é disponibilizado por parte das instituições, cabendo a cada um em particular, resolver este problema decorrente do seu exercício profissional. É assim que se justificam, de uma forma geral, as crescentes preocupações com estas questões já que, de facto, as vivências e as tensões existentes no seio dos locais de trabalho não podem ser, de modo algum, descuradas por parte dos profissionais que lidam com a população, nomeadamente no âmbito da saúde.

Nesta investigação também foi possível depreender pela análise dos discursos dos participantes que existem diversas tensões que os enfermeiros têm de saber gerir pelo que para este investigador as **tensões entre as dinâmicas organizacionais e o desempenho do enfermeiro** significam perceber como é que as pessoas gerem essas diferentes ordens que compõem a sua identidade profissional, isto é, de que modo os enfermeiros fazem a gestão entre aquilo que é esperado na organização em geral e na unidade funcional em particular, e aquilo que fazem relativamente ao exercício profissional.

Como é do conhecimento geral, para que os utentes que necessitam de cuidados de enfermagem tenham estes assegurados devidamente, os locais de saúde devem criar as condições adequadas em termos de recursos organizacionais, materiais e humanos para que a intervenção dos agentes de saúde, em particular dos enfermeiros, seja efetivamente direcionada para dar as respostas que aqueles procuram, sendo que em matéria de saúde familiar julga-se crucial que a forma de intervenção destes profissionais seja direcionada para a família e não unicamente para o indivíduo (que é parte integrante da família que lhe está alocada).

A este propósito, e avançando com a análise dos discursos, os próprios sujeitos reconhecem que as dinâmicas onde se movem permitem maioritariamente dar respostas às exigências que lhes são impostas e, neste sentido, têm que obter os resultados face ao que lhes é solicitado (em termos de indicadores de desempenho, de assistência aos utentes, etc.) para alcançar o bem comum do seu contexto de trabalho, pelo que se pode considerar que há ainda um longo percurso a fazer para que o cerne desta questão possa abrir espaço para uma intervenção dos profissionais de saúde enquanto um coletivo de trabalho que se organiza para agir de forma concertada em matéria de saúde familiar.

Da análise ao discurso dos sujeitos pode inferir-se que estas tensões são encaradas como um desafio reconhecendo-se que presentemente o foco de ação ainda é segmentado tendo por referência o que está estabelecido em termos da sua unidade funcional, tal como se pode constatar:

“(...) um dos grandes desafios penso que será realmente (...) o enfermeiro encontrar um espaço (...) que permita trabalhar a saúde familiar (...) em todo o conjunto de tarefas que temos (...) que desempenhar na unidade (...)”

“(...) quando vamos para a prática, por mais que o queiramos (...) Não conseguimos! Por limitações do sistema, mesmo da forma como a saúde está organizada (...) a nossa atuação fica um bocadinho condicionada.” e “(...) há muitas exigências (...) temos que dar respostas que vão constantemente (...) sendo pedidas, solicitadas, mas a unidade não consegue se calhar dar a melhor produção.” ; “(...) na prática, dou resposta a indicadores por questões condicionantes de tempo (...)”

“Neste momento, em Portugal (...) faz-se enfermagem de tratar os indivíduos da mesma família.”

“Ainda existe um longo percurso a fazer principalmente em termos (...) de registos clínicos, de educadores de enfermagem de saúde familiar (...) da organização do nosso trabalho também e ainda existe um longo percurso a fazer!” e “(...) um longo percurso para fazermos, para permitir melhorar esta situação; neste momento ainda não está (...) ainda estamos distantes daquilo (...) que devia de ser a nossa prática.”

Os dados quantitativos também incluíram elementos acerca destas preocupações e se deslocamos o foco de atenção para a relação entre os recursos existentes (materiais, humanos e organizacionais de que os CSP dispõem) e a implementação de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, percebemos que 10 em 20 dos informantes defendem uma posição que claramente aponta para esta concordância relacional; no entanto, há quatro que se posicionaram claramente discordantes, isto é sustentaram que não há atualmente condições para que seja implementada a saúde familiar nas diversas organizações.

Por outro lado, se o foco for a existência de indicadores de desempenho capazes de medir esta mesma implementação de cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, independentemente do tempo de profissão em CSP ou de experiência enquanto enfermeiro de família, 8 dos 20 informantes dizem claramente que não consideram que existem indicadores que permitam refletir o seu desempenho quando em causa estão cuidados direcionados para a saúde familiar; todavia, há cinco destes informantes que sustentam o contrário.

Quando a análise é mais cuidada e recai nos vários tipos de constrangimentos que se geram na articulação entre a organização onde os sujeitos se inscrevem e o seu papel como enfermeiro dentro dessa organização, podem salientar-se três dimensões muito diferenciadas de possíveis tensões existentes, nomeadamente a gestão do tempo (no seu sentido cronológico do termo), o tipo de atendimento (alvo de cuidados) e a conceção da figura do enfermeiro e sua função na saúde familiar (representação da figura do enfermeiro de família), sendo com base nestas assunções que resultam as subcategorias construídas.

Relativamente à gestão do tempo prescrito e do tempo real, de um modo geral, os discursos são bastante elucidativos desta tensão, e facilmente se depreende que o tempo é escasso para dar as respostas em matéria de cuidados de enfermagem, sobretudo quando a área é a saúde familiar:

“(...) acho que isso impossibilita (...) o trazer daquilo que eu aprendi para a minha prática do dia, aquilo que eu acho que é uma enfermeira de família, que eu gostava que estruturasse a minha forma de fazer enfermagem, neste momento, está bastante condicionada (...)” e “(...) o foco é muito ... o número e menos o utente.”

“Tento aproveitar o tempo da minha consulta (...) e também, dessa forma, sempre ter uma abordagem, uma intervenção a nível da família. “

“(...) a nível dos domicílios é fácil, porque (...) é o melhor ambiente para (...) fazermos a avaliação familiar e as intervenções (...) No centro de saúde (...) eu tento (...) às vezes o tempo é escasso (...)”

“(...) isto é uma especialidade que capacita em imensas áreas, (...) nós temos capacidade de o fazer, mas não o consigo (...) com atendimentos de 15 em 15 minutos (...)”

“(...) não vou dizer que é fácil! E (...) muitas vezes (...) demoramos mais tempo do que aquilo que está definido para a consulta (...) mas procuramos fazer isto aqui na nossa prática diária (...) muitas vezes não conseguimos fazer tudo aquilo que gostaríamos.”

Quanto ao atendimento individual e atendimento familiar os discursos são concordantes e reconhecem que são direcionados para a prestação de cuidados a nível individual ainda que o desejável seja a prestação de cuidados à família (como um todo, enquanto unidade).

“(...) neste momento é mais âmbito cuidados gerais (...) atendendo aquilo que se faz (...)”

“(...) hoje em dia, (...) fruto das exigências diárias, (...) dos condicionantes todos que envolvem um dia de trabalho (...) aquilo que temos para lhes dar é muito em curto em espaço de tempo (...)”

“(...) efetivamente é difícil, porque o sistema não nos permite! (...) não nos é permitido ser realmente enfermeiros, e ser enfermeiros de família, (...) as exigências condicionam muito a nossa, a nossa prática clínica (...)”

“Há uma ligeirinha mudança, mas continua-se a trabalhar o individuo e não a família.” ou “(...) não se trata a família como um todo.”

“(...) para o cuidado individual, em termos (...) de tudo: indicadores (...) filosofia da prestação de cuidados estão muito vocacionados (...) para a prestação a nível individual e isto quer a nível médico quer a nível de enfermagem (...)”

Não obstante, destaca-se o relato de alguns formandos quando referiram ter já introduzido pequenas brechas no sistema de atendimento, pese embora o facto de reconhecerem que a própria visão dos utentes está enraizada no atendimento individual deixando pouca margem de intervenção para o efetivo atendimento familiar:

“(...) algumas famílias (...) já experienciaram outro nível do cuidado, (...)”

“(...) mesmo por parte dos utentes eles não estão muito habituados a este nível de cuidados. (...) quando vamos junto com a família conversar, (...) basicamente estão mais familiarizados com a prestação ao indivíduo (...)”

“(...) talvez tenha adquirido competências que me permitem observar a família de uma maneira mais sistémica e não de uma maneira individual e só olhando para as partes.”

“(...) as próprias famílias não estão preparadas para dar abertura aos enfermeiros para acederem a essa privacidade (...)”

No que concerne à conceção da figura do enfermeiro e da função do enfermeiro na saúde familiar interessou perceber se a figura do enfermeiro é a de um profissional de saúde que está com as famílias trabalhando-as de forma articulada e integrada com o coletivo de trabalho da sua unidade funcional de forma a obter ganhos em saúde ou se a sua intervenção é em si mesma um trabalho parcelar, inserida numa lógica de compartimentação de saber que colabora pontualmente com os outros profissionais de saúde tendo em vista a melhoria geral da saúde do utente/família.

Tendo por base os discursos dos sujeitos podemos inferir que a figura do enfermeiro de família, na assunção da sua função, ainda não é visível quer para os seus utentes que carecem dos seus cuidados quer para a própria equipa com quem interagem ou até para a instituição onde eles se inscrevem. Apontam como dificuldades: por um lado, a falta de tempo e de espaço no conjunto de tarefas que têm de realizar no seu dia-a-dia e para o concretizarem; por outro lado, a própria maneira como os utentes se revêm enquanto família. Estas inferências são passíveis de se identificarem através dos seguintes excertos de alguns discursos:

“(...) uma consulta de enfermagem a uma família tem uma dinâmica diferente de uma consulta a um elemento da família seja porque motivo for (...)” e “(...) de certa maneira também é algo novo para eles (...) verem-se como uma família (...) pelo menos é a sensação que eu tenho.”

“(...) as dificuldades que eu tenho sentido (...) tem a ver (...) em termos de espaço ou de tempo para conseguirmos (...) encontrar o espaço para as consultas familiares (...) no meu dia a dia (...) Não é fácil.”

“Eu tento (...) que estruture o meu trabalho enquanto enfermeira (...) de acordo com aquilo que são as competências, (...) para a enfermeira de família; (...) enquanto enfermeira na minha unidade. Nem sempre, de facto, é possível com as dinâmicas (...) dos serviços (...)”

“(...) não é visível (...)”

“(...) ao longo do tempo (...) irmos (...) fazendo intervenções de uma maneira natural e espontânea (...) quanto mais contactos temos com indivíduos e com a família mais conseguimos que a nossa abordagem (...) seja enriquecida.”

“(...) chamamos enfermeiro de família neste momento ao enfermeiro que atende as pessoas da mesma família, mas (...) não tratamos a família e para tratar a família continuamos sem possibilidade de o fazer.”

“Não me dão capacidade interventiva para (...)as dinâmicas familiares.”

“(...) um enfermeiro de saúde familiar (...) acompanha as famílias em todos os seus processos (...) o nosso trabalho acaba por ser muito de encontro às necessidades das famílias.”

“(...) o grande benefício de sermos enfermeiros de família é esse: é poder já conhecer as pessoas onde vivem, as suas redes de apoio, redes comunitárias (...) a família em si, e (...) intervir de forma (...) mais adequada também perante isso.”

Ainda no que diz respeito às tensões entre a conceção da figura do enfermeiro e da função do enfermeiro na saúde familiar, os dados quantitativos vêm sustentar que esta formação contribuiu para a melhoria dos resultados dos enfermeiros nesta matéria, sendo que 16 em 20 dos informantes claramente posicionam-se a favor, mas há um que claramente é contra esta ideia. Além disso, quando a tónica da questão é colocada no âmbito do enquadramento organizativo dos CSP onde exercem funções, tendo por referência o contributo da formação para a obtenção de ganhos em saúde dos seus clientes, as respostas apontam para 15 em 20 claramente a favor e apenas dois se situam com uma posição desfavorável. Também aqui não há dados que permitam tecer algumas considerações sobre estes que estão em contraposição.

Face ao que se apresentou com base nestas tensões passíveis de se encontrarem no seio dos profissionais de enfermagem, estejam estes a trabalhar no modelo dito de “enfermeiro de família” ou não, julga-se poder afirmar que ainda que se reconheça que há melhorias em termos de resultados e ganhos em saúde ainda não há uma representação visível do seu exercício seja para a equipa de saúde seja para quem é o alvo dos cuidados; aliás, há aqui uma representação do que é suposto ser uma intervenção profissional destas figuras que tenderia a pensar não apenas uma mudança do seu papel individual mas uma mudança da própria lógica de funcionamento das unidades de saúde.

Tal como foi anteriormente sustentado, esta formação teve a pretensão de capacitar os enfermeiros de competências específicas na área da saúde familiar, sendo que o enfermeiro de família, fundamentado no conceito da OMS surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, deverá assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. Nesse sentido, empoderar os enfermeiros de um corpo de conhecimentos e de competências, que os mobilize para a compreensão dos fenómenos relativos às questões da saúde familiar, torna-se crucial de forma a que estes sejam capazes de se tornar autónomos no planeamento de cuidados, nomeadamente, na tomada de decisão em processos de avaliação e intervenção familiar.

Assumindo este pressuposto, a formação tem como intenção que os enfermeiros melhorem a sua intervenção enquanto saúde voltada para as famílias, e o que se depreende de alguns discursos é que se continua a cavar um fosso entre o que se deseja e o que se faz em sede de consulta; na verdade, às vezes o que acontece é que a formação promove estas descoincidências, desarticulações entre a teoria e a prática, induzindo nos sujeitos a ideia de que eles devem ser

ou fazer de determinada maneira, mas depois o exercício concreto de trabalho não permite que eles sejam ou façam o que era pressuposto fazer!

Todavia, e tomando como horizonte a potencialidade indutora de mudança dos contextos de trabalho através desta formação, pensa-se que caberá a cada um em particular ser criativo e, de forma gradual, ir introduzindo aspetos e dinâmicas apreendidas pela formação para com os seus utentes/famílias abrindo espaços para uma intervenção diferente e mais (pre)ocupada com o todo sempre que seja oportuno (aliás alguns referiram mesmo que o fizeram, nomeadamente através da avaliação e intervenção direcionada para as famílias).

A este respeito, os *saberes em uso* na perspetiva de Malglaive (1995: 89) adquirem aqui uma relevância pois estes apelam a uma combinação entre as várias facetas dos saberes na e pela ação, interpenetrando-se, misturando-se, recriando novas formas para fazer face a situações agora com um cariz diferente, o que implica uma mobilização de instrumentos (úteis à transformação) que permitem compreendê-los e conferir-lhes sentido. No que concerne propriamente à visibilidade da figura do enfermeiro de família, naquilo que é a verdadeira assunção do termo, é convicção deste investigador que este será um construto em cada contexto de trabalho, já que cada enfermeiro terá de encontrar a melhor forma para realçar o seu papel e contributo no sentido de o tornar relevante, ou seja, o seu desempenho terá de ser reconfigurado já que daí decorrerão ganhos e melhoria da qualidade de saúde.

No entanto, estas mudanças que são individuais, só ganharão consistência quando influenciarem todas as relações com quem estabelecem interação nos locais de trabalho, e a este nível poderão, de facto, conduzir a uma melhoria das práticas individuais, porém, não irão possibilitar uma transformação da real conceção do trabalho.

Efetivamente, julga-se que o profissional de enfermagem terá de vincar a sua identidade (re)conceptualizando o seu próprio papel, agora mais centrado na abordagem à família como um todo, e deste ponto de vista ele constitui-se como um ator que é imprescindível no meio em que se move, porque dotado de inúmeras competências, que são por si só complexas, conseguindo por isso mesmo não só transferir os seus conhecimentos para a sua prática clínica como também recriar os seus próprios saberes pela reflexão na e sobre a prática que exerce, o que lhe possibilita fazer face aos variadíssimos desafios emergentes na sociedade.

É aqui que se pensa poder evocar a ideia da autora d'Espiney (2010:103) ao sustentar que é a este nível que se pode alterar a consciência profissional dos enfermeiros, porque dotada de um maior domínio de conhecimentos na área específica e também pela afirmação da enfermagem como uma profissão maioritariamente com enfoque no cuidar, abrindo-se caminho a novos processos de socialização, os quais passam pela capacidade para negociar quer os espaços onde se movem quer os poderes que detêm.

3.4 Transferibilidade da formação para os contextos de trabalho

No que diz respeito à transferibilidade (de saberes para a clínica) é de salientar que a questão que interessava perceber era se o objeto de transferência que os formandos mobilizaram para a sua prática profissional seriam apenas conhecimentos ou também seriam disposições, técnicas ou instrumentos. Neste sentido, procurou-se analisar a informação dos discursos e quando estes ficaram saturados foi possível fazer emergir uma unidade de registo sobre os processos de transferência de aplicação ou de diferentes modalidades de “transfert” (ou dito de outro modo, registos de aplicação do processo de formação para o processo de trabalho) categorizando-a; assim, a **transferibilidade da formação para os contextos de trabalhos** destes sujeitos, surge como aquilo que permite dar conta dos processos de mobilização da esfera da formação para a esfera do contexto de trabalho e, a este nível podem distinguir-se três modalidades que tanto podem aparecer isoladamente nos discursos como podem até coexistir no mesmo discurso. Surgem, pois, as diferentes subcategorias consoante se trata de ter subjacente uma lógica instrumental, cognitiva ou comunicacional.

Por referência aos discursos dos formandos, pode inferir-se que a transferência da formação para os contextos de trabalho mais comum é a que aponta para uma lógica instrumental, pois para eles esta pós-graduação veio mudar a visão e a forma de abordagem para com os utentes sustentando a ideia de que se sentem mais sensibilizados porque enriquecidos em termos de conhecimentos para a sua prática profissional, tal como se pode constatar através dos seguintes excertos:

(...) a Pós-graduação (...) vem mudar um bocadinho a visão, que é prestar cuidados àquela família e não aos indivíduos (...)”

“(...) ajudou porque (...) obriga-me a estar mais atenta (...) a pesquisar mais (...) a saber mais sobre aquele utente. (...) profissionalmente já a (...) abordagem (...) foi diferente (...) e pessoalmente senti-me (...) mais realizada naquilo que eu idealizava como enfermeira de família (...)”

“(...) enriqueceu a prática (...) acrescentou (...) valor porque (...) passou a ser (...) mais estruturada e registado.”

“(...) a prática fica mais (...) sensibilizada, mais específica e com outro (...) nível de conhecimentos (...)”

Porém, são unânimes na opinião de que fazer este trabalho é um processo que não é imediato e que implica reflexão na e sobre a ação, e, portanto, deste ponto de vista implicará necessariamente um questionamento e pensamento crítico sobre a prática passíveis de conduzir a novos modos de sentir, pensar, agir e estar em enfermagem; o impacto destes novos sentidos na profissão que eventualmente possam emergir, favorecem o equacionamento de uma real mudança na própria organização dos serviços.

Também nos seus discursos foi possível identificar estas preocupações nos sujeitos tal como se pode constatar através dos seguintes excertos:

“Não é assim linear, mas conseguimos (...) passar muito desta aprendizagem para a nossa prática clínica.”

“(...) aqueles conteúdos que foram transmitidos na Pós-graduação são úteis e são possíveis de se implementarem na prática.”

“(...) avançarmos para o terreno e pôr em prática novos saberes, novas competências e (...) refletir sobre elas (...)”

“(...) com os registos que faço (...) é possível criar algum impacto nos colegas (...) veem registos diferentes e (...) acredito que dessa forma seja possível também criar alguma mudança, ou alguma sensibilidade (...)”

“(...) em termos de impacto é preciso algo mais, não é só um enfermeiro com algumas consultas que se vá notar impacto da ... na minha unidade de saúde.”

“(...) com aquela formação (...) teria que haver realmente mudanças na organização dos serviços (...)”

“Tenho consciência que fora de Portugal isto tem asas para voar e que dá para fazer muita coisa!”

Ao analisarmos os dados quantitativos no que diz respeito à relação entre a formação e a prática tendo por referência a unidade funcional onde trabalham, apenas 10 dos 20 sujeitos sustentam que a relação entre as duas esferas existiu, pelo que se sentem globalmente satisfeitos; porém há três posicionamentos bastante discordantes o que leva a pensar que esta relação entre os dois espaços não é efetivamente linear e, mais uma vez parece existir uma discrepância entre aquilo que é a esfera da formação e a esfera da prática. De igual forma, quando foi perguntado se existiu possibilidade de transferir saberes da formação para os contextos da prática, 15 dos 20 posicionam-se claramente no sim e, portanto, em termos do perfil de competências esta formação possibilitou essa transferência; já dois informantes contrariaram esta ideia o que pode reforçar o que se defendeu anteriormente.

Deslocando a atenção para a subcategoria transferibilidade instrumental (a mobilização de saberes é feita através de uma outra grelha de leitura que permite transformar a prática, torná-la mais ajustada, mais eficiente ou eficaz, seja porque aprende a usar uma ferramenta, seja porque qualifica a sua ação; a este nível, geralmente a teoria sobre determina a prática) deve aqui referir-se que podemos encontrar nos discursos formas de mobilização de saberes com base nesta lógica, tal como se evidencia de seguida:

“(...) em termos de competências (...) a avaliação da família (...) já foram competências que não tinha anteriormente, ferramentas que não sabia utilizar e agora (...) já as consigo pôr em prática (...)”

“(...) já tentei (...) fazer (...) aquele trabalho de operacionalização do “modelo” em que (...) pegamos em todos os saberes que nos foram transmitidos anteriormente e pô-los em prática (...)”

“Veio ajudar a estruturar melhor aquilo que eu já fazia antes, (...) houve uma reconstrução (...) uma organização da prática (...)”

“(...) consegui transportar muito do que eu aprendi para os meus utentes em gabinete (...) transpor efetivamente muito do que eu aprendi para a minha prática (...).”

“(...) através da Pós-graduação conseguimos ter uma ferramenta e perceber mais a nossa prática clínica.”

“(...) percebemos em termos teóricos o porquê de nós estarmos a fazê-lo e (...) com as ferramentas quer de avaliação quer de intervenção temos uma intervenção mais facilitada.”

Relativamente à subcategoria transferibilidade cognitiva (a mobilização de saberes é feita através de uma grelha de leitura que permite olhar para a situação concreta e ter um outro entendimento sobre a prática, lançando mão a novos recursos para compreender o que se faz no dia-a-dia, adequando-os ao contexto; é o ficar mais sensível, o dar mais atenção ao que até aí não dava), podemos de igual forma encontrar discursos que elucidam este modo de mobilização de saberes, tal como:

“(...) permitiu olhar a família com outros olhos (...) em que nós podemos intervir (...) em que haverá a possibilidade de obter ganhos em saúde (...)”

“(...) uma perspetiva mais alargada e ver a família, (...) como (...) o nosso alvo de intervenção (...)”

“(...) acredito que a formação nesse sentido, me abriu mais essa visão para mais dimensões do utente e da família. E ao mesmo tempo enquanto pessoa, percebi que realmente tinha muito mais a dar e a ganhar ao também (...) ter essa visão mais global da família (...)”

“Em termos profissionais, a abordagem ao utente já foi diferente; naquela altura despertou-me para outras dimensões (...)”

“Aumentei o meu leque de conhecimentos (...) desenvolver novas formas de (...) mobilizar esses conhecimentos (...) e de agir de acordo com as circunstâncias na prática(...)”

“(...) mais atenta para (...) identificar potencialidades ou fraquezas e trabalhar mais com todos os membros.” e “(...) já estou desperta, já tenho (...) alguma sensibilidade e algum pensamento crítico para tentar (...) identificar estratégias, para (...) agir tendo em conta todos os membros.”

“(...) possuímos (...) conhecimentos que (...) facilita esta mesma avaliação e intervenção de uma família. (...) temos (...) outra sensibilidade, outra perceção e (...) conseguimos (...) intervir (...) de forma mais adequada na família, em termos de suprir essas mesmas necessidades.”

“Fiquei mais sensível (...) mais sensibilizado (...) para isso! (...) ser mais rigoroso ou mais preciso naquilo que eu (...) fazia. No meu exercício.”

Quanto à subcategoria transferibilidade comunicacional (a mobilização de saberes é feita através de um diálogo entre a teoria e a prática e resultante desta comunicação entre eles há uma hibridação, um novo sentido; há, portanto, um outro modo de olhar para a realidade, que é tão válida quanto era a anterior, ou seja, aqui os saberes discretos e tácitos são tão válidos quanto os saberes científicos ou sábios; há subjacente um respeito mútuo pois são revestidos de

igual estatuto. No fundo trata-se de ter em atenção as condições concretas da realidade em que cada um se move e em função do exercício da sua prática equacionar se será capaz de pôr em diálogo aquilo que aprendeu); também a este nível podemos encontrar excertos com base nesta transferência:

“(...) a formação (...) dá-me a base para (...) fundamentar e (...) enriquecer o meu pensamento crítico (...) o pensamento teórico é a base para (...) termos (...) pensamento crítico (...) que nos vai fazer procurar outras formas de agir (...)”

“Mais do que reconstruir a prática, eu acho que (...) enriqueceu, acrescentou algo mais àquilo que eu já fazia (...)”

“(...) muitas coisas que até já fazíamos quase por experiência ou por irmos tentando (...) perceber como é que a gente podia fazer; e algumas coisas até já fazíamos quase (...) inconscientemente! E (...) com (...) a formação acabámos por adquirir muita explicação do porquê de nós fazermos (...)”

“(...) algumas mudanças em termos de melhoria, em termos de competências para poder fazer uma intervenção.”

Estas considerações são também possíveis de inferir através da análise aos dados quantitativos no que diz respeito aos efeitos produzidos pela formação, pois 17 dos 20 informantes claramente vêm sustentar que se apropriaram do saber adquirido através desta formação e que este saber teve repercussões na forma como trabalharam com e para os seus utentes.

Pelo exposto e do ponto de vista empírico, estas repercussões podem ser visíveis no modo como os formandos sugerem que incorporaram na “prática” o que aprenderam na formação:

- alguns fizeram-no de forma isolada, tal como sustenta um deles:

“(...) já presto cuidados à família diferentes (...) anteriormente (...) em si era um parceiro na prestação de cuidados aos elementos desta família (...) e agora já vemos a família como uma unidade de cuidados (...)”; contudo, “(...) em termos de impacto é preciso algo mais, não é só um enfermeiro com algumas consultas que se vá notar impacto ... na minha unidade de saúde.” até porque na sua opinião “(...) é complicado (...) ver a família como unidade de cuidados (...) sem fazer esta formação.”

- outros procuraram “convencer” colegas a fazer de maneira diferente, tal como se pode constatar através dos seguintes discursos:

“(...) aconselhei aos colegas (...) fazerem essa formação porque iam ter uma perspetiva totalmente diferente da saúde familiar (...) fui partilhando um bocadinho ao longo da (...) Pós-graduação, aquilo que ia aprendendo (...) porque eles também mostraram interesse (...)”

“(...) pelo interesse dos colegas (...) partilhamos ideias e discutimos algumas situações (...) o interesse dos colegas (...) também permite ter que toda a equipa esteja envolvida nessa situação.”

“(...) eu partilhei muito com eles, até daquilo que fui aprendendo (...) eles ficaram aguçados pela curiosidade (...) mas depois(...) ficam numa zona de conforto (...) e (...) a zona de conforto é o nosso maior inimigo porque não nos permite mudar, reivindicar,

procurar fazer melhor(...) mas (...)se todos optassem por fazer seria realmente um bom investimento na formação enquanto enfermeira de cuidados de saúde primários.”

Não obstante, dos discursos analisados pensa-se que nenhum dos formandos procurou convencer as chefias e tornar “oficial” a mudança pretendida ou que pelo menos tenha tido essa preocupação. Também da análise aos discursos, apenas um dos sujeitos fez referência a que outros profissionais da mesma entidade tenham tido formação sobre esta mesma temática posteriormente, pese embora o facto de que essa formação não tenha ocorrido nos mesmos modos e estrutura como a formação que aqui está em causa (julga-se que eram cursos baseados no modelo da tutora sobre a saúde familiar mas em módulos de 30 horas); este acréscimo de saber nesta equipa poderia levar a pensar que seria mais permeável “mexer” com as dinâmicas instituídas e assim, em conjunto exercerem mais facilmente outro modo de atuação (ou não); todavia, o mesmo sujeito a este propósito sustenta somente que os colegas ficaram mais sensibilizados para esta área conforme se pode compreender pela expressão: *“(...) a equipa (...) até demonstrou muito interesse e fizemos mesmo alguns cursos (...) os colegas fizeram essa formação e acabámos (...) por estar mais sensibilizados para esta questão.”*

Um outro aspeto que parece ser relevante para discussão do que está subentendido nos discursos, é que já foram sendo introduzidas brechas nos locais da prática, ou seja, existiu espaço para trabalhar nas margens e a este nível a transposição destes saberes pôde passar pela recriação dos mesmos, ainda que de forma discreta, depreendendo-se esta ideia pela forma como estes profissionais desenvolveram a sua ação, que com uma dose de criatividade e de empreendedorismo puderam transformar os seus reais contextos com base na partilha e no confronto de ideias conjuntas para que os profissionais de saúde encontrassem o sentido da sua ação conducentes à sua própria autonomia.

Efetivamente, foi possível para alguns destes sujeitos pautarem a sua ação com base nos saberes de que já eram detentores, portanto tendo em conta os ditos “saberes na ação” (refira-se que mais do que as competências interessava a esta pesquisa os “saberes na ação” porque estes são adquiridos através da aprendizagem pela prática, ou seja, dizem diretamente respeito aos saberes profissionais); ou seja, alguns sujeitos transformaram já estes saberes agora recriados, orientando-os para novas práticas com vista à obtenção de melhorias em termos dos resultados na área da saúde familiar. Esta capacidade pareceu advir da reflexão na e sobre a ação destes profissionais, pois só assim se conseguem alcançar novos sentidos e novas intervenções para a mesma realidade, neste caso, a família. Evoca-se a este propósito Malglaive (1995: 250) na medida em que o que está em causa é a instrumentalização da formação sendo a formação um meio para efetuar uma outra atividade de trabalho, permitindo efetuar tarefas mais ricas traduzíveis em novas responsabilidades.

Aliás é neste prisma que os dados quantitativos revelam que quando a tónica é o perfil de competências, esta formação favorece a recomposição de competências com enfoque para a autonomia, empreendedorismo e criatividade (18 dos 20 informantes são unânimes em o sustentar), indo de encontro ao que

está preconizado para as diretrizes colocadas ao ensino superior em enfermagem, ou seja, para lógicas mais preocupadas com a construção de sentido para os formandos onde a importância da formação em contexto se assume como estruturante, porque possibilita a mobilização de conhecimentos que favoreçam a mudança efetiva, numa dialética entre teoria/prática tal como é sustentado por *Pereira et al, (2012:197)* através da seguinte ideia: “(...) a necessidade de mudança(s) que favoreçam uma formação mais ajustada à evolução da profissão e aos contextos sociais e profissionais da atualidade e que permitam um maior desenvolvimento da autonomia, da criatividade e de empreendedorismo no estudante”.

3.5 Formação e mudança organizacional

Consensual é também a ideia de que seja qual for o âmbito formativo, a formação subentende que é possível desencadear uma mudança seja estratégica, seja de ponto de vista, seja de forma de atuação, entre outras. Num clima organizacional muitas vezes as pessoas acomodam-se às rotineiras tarefas quotidianas, definindo zonas de conforto que servem para dar segurança, mas que podem levar a resistências quando o objetivo passa por mudar formas de atuação. Parece que as pessoas estão mais (pre)ocupadas com o seu posto de trabalho ao invés de serem proativas e ser este mesmo trabalho, elevado ao questionamento, a definir o modo como o profissional se deve posicionar e pautar a sua ação, já que numa sociedade em constante mudança também importa sublinhar que a natureza dos próprios cuidados em matéria de saúde também muda por referência às vicissitudes com que os profissionais se deparam.

Nesta pesquisa, relativamente à **formação e mudança organizacional** interessa a este investigador perceber como é que se processa a mudança e se esta é fundamentalmente mais de cariz individual ou se é coletiva. De facto, quando analisados os discursos dos sujeitos, pode inferir-se que apontam mais para uma mudança individual, centrada no modo de interação com os utentes/família sem contudo ter um impacto no coletivo de trabalho onde se inscrevem, até porque referem que as organizações de saúde não facilitam nem potenciam essa mudança; esta ideia pode ser sustentada através dos seguintes excertos de texto dos sujeitos:

“(...) pessoalmente senti-me (...) mais realizada naquilo que eu idealizava como enfermeira de família (...)”

“(...) a nível pessoal (...) eu consigo identificar (...) autossatisfação (...) concretização e (...) realização (...) consigo obter (...) alguns ganhos relativamente à compreensão da minha própria família e dos sistemas (...) que me rodeiam. A nível profissional (...) autossatisfação também, autoeficácia (...) concretização profissional (...) alguns ganhos em saúde.”

“(...) já pus em prática com algumas famílias e no fundo foi importante (...) conseguiu passar a mensagem (...)”

“(...) esta formação levou-me a perceber que a visão holística (...) é realmente (...) a família é o foco, é a unidade de cuidados (...)”

“(...) as competências que adquiri prendem-se (...) com aquela capacidade (...) de (...) agir de uma maneira sistémica em que a minha intervenção tem em conta todos os elementos da família em questão (...)”

Também os dados relativos às perguntas abertas integradas nos questionários permitem inferir lógicas que no entender deste investigador constituem o resultado de uma agregação de sentidos que dão espessura à ideia central dos dados qualitativos. Procurando-se ilustrar esta ideia central através das expressões mais significativas que se recolheram, veja-se o caso das repercussões pessoais decorrentes da formação; efetivamente, o que foi mais relevante para os sujeitos recaiu no enriquecimento pessoal possibilitando a compreensão das dinâmicas familiares próprias e dos utentes a quem prestam cuidados:

“1) evolução pessoal e profissional positiva; 2) melhoria na fundamentação da prática de enfermagem”

“1 - Mudança óbvia de paradigma na abordagem do utente e das famílias. 2 - Contribuiu não só para a abordagem profissional mas também para a reflexão dentro da minha própria família.”

“Após a formação senti-me mais útil ao utente/família. Senti-me feliz comigo mesma, pelo que consegui realizar e aplicar. Fiquei feliz com o resultado. Senti que não foi em vão e que a formação fez todo o sentido.”

No caso das repercussões profissionais decorrentes da formação, o que foi mais pertinente para os sujeitos versou sobre o acréscimo académico na área de saúde familiar, possibilitando a melhoria e a qualidade nos cuidados às famílias. A este propósito selecionaram-se expressões como:

“(...) mais conhecimentos em saúde familiar e integração de conhecimentos na prática diária (...)”

“Prestação de cuidados com maior qualidade à família”

“Envolvimento familiar, Empoderamento familiar”

Recentrando a análise nos dados qualitativos, pode depreender-se que apesar de existirem discursos que realçam a existência de alguns ganhos em matéria de saúde como é o caso do que se segue: *“(...) reconhecem que (...) tenho conhecimentos (...) teóricos e técnicos e práticos que me permitem (...) avaliar e intervir de uma maneira mais complexa nas famílias. (...) já se aperceberam disso.”* e *“(...) algumas mudanças, houveram alguns ganhos (...)”*, quando os enfermeiros que fizeram a formação partilharam com os seus pares a mudança de comportamentos, disposições, conhecimentos que imputaram às suas práticas de forma a envolvê-los nos processos de mudança, não obtiveram por parte destes a desejável mudança; esta visão pode constatar-se através do seguinte excerto: *“(...) o resultado foi sempre (...) não a mudança.”*, apontando ainda para o facto de que há questões por trabalhar nomeadamente culturais como este

mesmo formando sustenta: “Aliás, também é cultural, é um trabalho que tem de ser feito!”.

A este propósito, poder-se-ão fazer interpretações para este fenómeno sendo que por um lado prende-se com a resistência à mudança tal como refere um dos sujeitos através da expressão “(...) *tentei mudanças não tive (...) Resistência só dos membros das outras equipas multidisciplinares, mas essencialmente resistência dentro dos membros da minha própria equipa. Dos meus pares. Que encaram cada mudança (...) como uma crítica (...)*” e por outro lado, porque muito daquilo que reflete a prática está condicionado pela forma como as organizações de saúde pautam a sua ação, nomeadamente pelos indicadores de desempenho que subjazem à unidade funcional a que pertencem, e nesta linha de pensamento há um caminho ainda por fazer. São vários os excertos que espelham estas ilações como se poderá ver através dos seguintes discursos:

“(...) a prisão da mudança está condicionada nesta questão, de indicadores, das exigências.”;

“(...) têm que investir na enfermagem de saúde familiar se querem ter unidades de saúde familiar, se querem trabalhar em cuidados de saúde primários junto das famílias, junto, (...) da comunidade! (...) para mim faz sentido (...) Que fosse algo ... realmente de uma decisão organizacional decisão dos cuidados de saúde primários!” e “(...) alguém que percebesse que ela faz sentido existir. E gostava que todos os enfermeiros também, de alguma forma (...) sentissem (...) essa necessidade (...)”

“(...) Falta muito caminho a fazer! (...) Acho que tem que ser uma coisa mesmo de dentro, mudar que é para todos irem nesse sentido!”

“(...) as nossas organizações, e a maneira como está organizado, os cuidados de saúde primários não são nada facilitadores (...) nada potenciadores (...) estamos muito colados ao modelo biomédico (...) temos que fazer um esforço (...)”

Os inquiridos são ainda da opinião de que o esforço para a mudança é ir introduzindo pequenas mudanças e aproveitar todos os momentos para trabalhar nas margens, aquilo que nas palavras de um dos sujeitos passa por abrir espaços: “(...) *é aproveitar as oportunidades (...) de intervenção (...). Com a saúde familiar acaba por ser um pouco isso: aproveitar as oportunidades que tenho com (...) os elementos (...) que estão presentes, tentar fazer uma avaliação em termos (...) da saúde familiar (...) daquela família e poder definir ali alguma intervenção (...)*”.

Quando colocamos a tónica na perceção que os sujeitos têm acerca da mudança, também os dados quantitativos são reveladores de algumas inferências interessantes: veja-se por exemplo o caso de 13 em 20 sujeitos que sustentaram que esta formação produziu mudança na sua prática quotidiana. De igual forma, quando inquiridos sobre a articulação entre os espaços de formação e os de trabalho naquilo que pode contribuir para o perfil de enfermagem, 10 em 20 são unânimes em afirmar que ambos os locais propiciam formas de pensar, estar, sentir, ser e agir na profissão de enfermagem, no entanto há um que não concorda com a perspetiva da maioria dos inquiridos.

Outro aspeto relevante que se pode inferir dos dados quantitativos tem que ver com questões que de alguma maneira se relacionam com a possível mudança; se a tónica for colocada na formação enquanto potenciadora:

- do questionamento e problematização dos vários domínios organizacionais visando a construção de um novo sentido das práticas, claramente 17 dos 20 sujeitos referem que sim que aquela potenciou refletir sobre variados domínios;
- da reconstrução das práticas pelo novo sentido atribuído às mesmas (e é fulcral nos processos de mudança), 18 dos 20 sujeitos sustentam que sim, ou seja, defendem que a formação foi indutora de mudança;

No entanto, quando se inquiriu se para a efetiva mudança coletiva das práticas de enfermagem era necessário que todos os enfermeiros fizessem a formação em causa, 15 dos 20 inquiridos referiu que sim, mas três claramente defenderam uma posição antagónica.

Face ao que se expôs e em jeito de epílogo no que concerne à formação e mudança na organização, há várias questões que merecem ser abordadas nesta análise quando em causa está a mudança ou a não mudança.

De facto, há sujeitos que referiram que foram mudando ainda que pouco dentro do seu contexto de trabalho (apesar de darem resposta a indicadores de desempenho, sugeriram que há um longo caminho a fazer, embora já tenham tentado construir algo de diferente nas abordagens que fazem aos seus utentes/famílias); outros há que dizem não ter contexto prático para poder aplicar o que aprenderam e introduzirem, assim, mudanças, embora gostassem muito de o fazer; há ainda os que se ficam pela retórica de aclamar a mudança, mas que acabam por enunciar apenas que seria bom se fizessem de outro modo, mantendo a sua ação como antes.

No fundo, podem desenhar-se três cenários possíveis em torno da questão da mudança, ou não mudança, sendo viável estabelecer-se um continuum em que, de um lado estão os que exercem mudança em si mesmos admitindo a possibilidade de também tocar os outros, de outro lado estarão os que nada mudam, sendo que no meio ficarão aqueles que reconhecem em si mesmos a mudança, mas que não afeta nem toca os contextos de trabalho ou os outros com quem interagem.

Uma outra lógica de análise tem que ver com a resposta ao prescrito e o ir para além do que está prescrito, ou seja, efetivamente há aqui vários posicionamentos diferenciados, que numa escala poderá ser traduzida da seguinte forma: aqueles que admitem que aquilo que têm que fazer é responder ao prescrito e, portanto, não conseguem fazer mais nada do que isso (é o princípio da realidade, na medida em que só conseguem fazer o mínimo para atender às necessidades do utente/família – a cada 15 minutos fazem o necessário em termos de resposta ao indicador); num outro extremo, encontram-se aqueles que têm uma noção daquilo que gostariam de fazer mas não sentem capacidade para o fazer (é o princípio do desejo, na medida em que têm clara consciência de que seria muito

melhor se fizessem de um outro modo, de forma, mais integrado, porém não o consegue fazer devido às exigências do próprio sistema) e no meio destes os que reconhecem que não podem ficar apenas pelo prescrito no sentido mais restrito do termo (do controlo administrativo, burocrático, do estipulado para o seu trabalho) e que vão tentando introduzir pequenas nuances, pequenas mudanças fazendo um pouco mais do que é e do que têm para cumprir de forma mais ou menos “rotinizada”/estabelecida/prevista e aquilo que é o esperado por parte do sistema em que se inserem (é o princípio indutor da mudança).

Ora de facto, pelas inferências produzidas pode perceber-se que os formandos, ainda que de uma forma global, reconheceram mudanças de cariz individual imputando estas à formação realizada; para além deste aspeto, acresce referir que alegaram que empreenderam esforços no sentido de “contagiarem” os pares para que essa mudança fosse também possível para eles; no entanto, apesar de os colegas se sentirem curiosos com esta forma de intervenção perante a família, estes acabaram por manter a sua linha de atuação acentuando a tónica no atendimento individual ao utente.

O que interessa ainda realçar prende-se com a maior dificuldade reconhecida nos discursos perante a não mudança e, neste sentido, pareceu que a dificuldade estava mais aliada ao facto de as organizações estarem a condicionar a mudança do que ao próprio esforço conjunto entre as pessoas para atribuírem novos sentidos à sua prática, tal como se poderá constatar através dos seguintes excertos:

“(...) tem que mudar mesmo o próprio conceito dos Aces (...) acho que é mesmo organizacional (...)”

“(...) passa por descentralizar, (...) o foco nos indicadores, nos números, (...) passar a perceber o que é realmente, (...) o sentido de estar mais próximo da comunidade (...)”

“(...) alguém que percebesse que ela faz sentido existir. E gostava que todos os enfermeiros também, de alguma forma (...) sentissem (...) essa necessidade (...)”

“(...) Falta muito caminho a fazer! (...) Acho que tem que ser uma coisa mesmo de dentro, mudar que é para todos irem nesse sentido!”

Realmente, para que a mudança se opere, os profissionais teriam de trabalhar em equipa de forma concertada mobilizando vontades e competências coletivas para se implementar uma saúde familiar, esta entendida enquanto uma dimensão estruturante do trabalho do enfermeiro, independentemente deste profissional ter ou não um saber acrescido nesta área. Efetivamente, em nenhum dos discursos se chega a exprimir a (desejável) mudança em termos organizacionais ou em termos de coletivo de trabalho, pelo que o impacto é apenas a nível pessoal e em torno das famílias que lhes estão alocadas (quando estão).

A este propósito julga-se que seria necessário fazer apelo a lógicas de cariz interdisciplinar entre os agentes de saúde para que o seu trabalho possa tornar-se mais profícuo nas respostas em termos da efetiva saúde familiar. Partilha-se, assim, da ideia de Vinck (2003) ao sustentar que será fundamental construir quer

a articulação entre áreas disciplinares distintas quer o seu confronto, e não somente a sua justaposição, evidenciando-se, desta perspetiva, a essência do próprio trabalho interdisciplinar; é aquilo a que o autor designa de instrumentalização do trabalho pela ótica da interdisciplinaridade.

Também a autora d'Espiney (2010:206) é concordante com este olhar ao referir que para se alcançarem desejáveis ganhos em saúde, os profissionais deverão refletir em conjunto, no sentido de se encontrarem abordagens multifacetadas, integradoras e globalizantes dos problemas de saúde que estão em causa. A este nível, diz ainda a autora, parece adquirir sentido a negociação dentro da equipa de saúde em torno de visões estratégicas, para que se definam claramente campos de atuação procurando, dessa forma, dar visibilidade à real intervenção do enfermeiro, esta possível através da construção de indicadores fidedignos e tão próximos do real exercício profissional, capazes de permitir clarificar o seu efetivo desempenho.

Uma outra dimensão importante para se depreender se a mudança era um indicador a ter em conta decorrente desta formação passou por equacionar se os enfermeiros assumiram um papel (implícito ou explícito), ainda que discreto, enquanto pivôs na relação entre vários profissionais dos centros de saúde onde desempenhavam as suas funções. A este propósito, foi importante perceber se este papel foi realmente assumido e como; porém, através dos discursos dos sujeitos nada permitiu inferir ou deixar perceber, em algum momento, a possibilidade de este poder ter existido. Não houve de facto:

- algum tipo de pressão junto dos coordenadores das unidades funcionais ou das chefias para a necessária sensibilização face às questões da saúde familiar;
- formas que advogassem a importância da mudança nos seus locais e trabalho;
- uma mudança na representação do que é suposto ser uma intervenção profissional destes agentes de saúde enquanto “enfermeiros de família”, levando a pensar não só numa mudança do seu papel individual, mas numa mudança em termos de funcionamento das próprias unidades de saúde.

Nesta linha de pensamento, julga-se que este é um argumento importante para salientar as insuficiências ou limitações de uma conceção de formação aditiva, isto é que entende que basta haver mudança individual para se introduzirem mudanças organizacionais. O que aqui está dito é que se essas mudanças individuais não afetaram as redes de relações sociais e técnicas que envolvem os contextos de trabalho, até pode haver uma alteração nas práticas individuais em termos de qualidade, mas não haverá certamente uma transformação da conceção real do trabalho.

Tal como já se afirmou antes, a formação em enfermagem está cada vez mais preocupada com as questões capazes de estimular as mudanças desejadas, pelo que a intervenção no âmbito da formação de adultos passa necessariamente por ir ao cerne das questões através do questionamento e da

reflexão. Deste ponto de vista, o trabalho de interioridade que os sujeitos terão de elaborar (concorrendo para este efeito o vasto património de saberes adquiridos e experienciados de que eles são detentores, apelando-se por isso à escuta deste background que eles mesmos possuem) irá conduzir à real apropriação e atribuição de sentidos, sendo que o ponto de partida e de chegada para esta apropriação encontra-se no percurso pedagógico entendido como um todo e que advém do constante vai e vem entre a abordagem do que em teoria se foram apropriando e a confrontação que vão fazendo com e na prática.

Neste sentido, os sujeitos são, simultaneamente, atores e agentes da sua própria formação pelo que a lógica é de cariz comunicacional, no seio da qual há troca de saberes e partilha de conhecimento entre os pares favorecendo uma complexificação de saberes através de uma interrogação mútua. A este nível, serão mais importantes os efeitos sociais e coletivos do que os efeitos individuais, pelo que será mais profícuo valorizar aqueles efeitos já que em causa está o reconhecimento da capacidade de produzir organizações competentes e, portanto, qualificantes.

É também a este propósito que Correia e Matos (1994:336), sustentam que a pertinência da formação terá a ver com a capacidade de intervir no âmbito organizacional e não exclusivamente com a adaptação do indivíduo ao posto de trabalho, o que significa que os próprios contextos de trabalho também produzem saberes tão válidos quanto os da formação, sendo nesta dinâmica que se complexificam as relações entre as duas esferas.

É na medida em que o trabalho de formação apela ao questionamento que emerge o próprio sentido estratégico da formação, sendo que se valoriza a dimensão relacional que o trabalho produz, promovendo o espírito crítico conducente a uma interpretação e produção de sentidos pelos sujeitos para se apropriarem de competências quer de cariz instrumental quer de cariz comunicacional, o que subentende uma verdadeira lógica de interioridade “(...) *através de uma problematização do campo profissional, tal como se encontra instituído (...)*”, mais preocupado com “(...) *a recomposição das competências do que com a sua acumulação.*” (Correia, 1999:19).

É convicção deste investigador que não basta assumir mudanças individuais quando em causa estão mudanças mais profundas do ponto de vista estrutural, sendo que os profissionais que já abriram algum caminho rumo à mudança, tiraram partido do próprio sistema onde se inscrevem sem, contudo, o porem em causa, parecendo então que o êxito das suas intervenções residiu precisamente neste ponto estratégico; são agora autores da mudança organizacional.

3.6. Contributos para a prática clínica: o empenho profissional indutor do desenvolvimento organizacional

É consensual por um lado, que os saberes formais em enfermagem são saberes codificados no currículo e, portanto, obedecem a um tempo próprio não dando conta de um saber que é mais abrangente; por outro lado, é também do

conhecimento geral que o currículo pode potenciar saberes tácitos, discretos, pese embora o facto de que se reconhece que em enfermagem os saberes formais têm sempre alguma limitação.

Foi pretensão deste investigador tomar como analisador das questões entre a formação e os contextos de trabalho o curso FPGESF para através dele equacionar as dinâmicas de transferência de saberes sentidas pelos sujeitos de formação com vista a problematizar os seus reflexos na prática quotidiana; reconheceu-se que este curso tem uma capacidade para potenciar efeitos ao nível das competências individuais dos sujeitos em formação, não obstante, também se reconheceu que em si mesmo, ele encerra alguns constrangimentos enquanto promotor de efetivas mudanças organizacionais.

De facto, o curso ainda que valorize a experiência profissional, num primeiro momento ele visa apenas um conhecimento mais aprofundado sobre as dinâmicas familiares pois só muito remotamente, se reporta, a uma intervenção estruturada dos serviços nestas dinâmicas. É aqui que se irão centrar as próximas notas.

Concluída a formação, e porque interessa avaliar os seus efeitos, evoca-se Vilar (1992:4) para sustentar que mais do que saber se a formação cumpriu o seu papel, interessa a construção de sentido que esta permitiu aos sujeitos que a realizaram. Ao longo deste trabalho já se foram tecendo algumas considerações sobre estas questões, mas porque a formação se reveste de um carácter estratégico (porque visa a produção de mudanças) importa, deste ponto de vista, colocar em aberto se este curso enquanto processo de formação foi potenciador de uma formação para a mudança ou de uma formação na mudança.

Costa (1998:45) argumenta que “(...) *O terreno da formação (...)*” é “(...) *o próprio terreno da construção na mudança, o campo da acção (...)*”. Todavia, a este propósito, Canário (1997:145) alerta para o facto de que dependerá da maneira como se identifica o problema da mudança (individual/coletiva) das práticas profissionais que, no prisma de Dubar (1997), é essencialmente um problema de socialização profissional; por sua vez, exige que a real produção de mudanças coincida, no contexto de trabalho, com uma dinâmica de formação e de construção identitária, a qual corresponde a reinventar novos modos de agir/socialização profissional (a nível das interações, nas relações sociais que se estabelecem no trabalho), só possíveis articulando a ação instrumental com a ação comunicacional.

Por outras palavras e, na linha de pensamento de Canário (1997), modificar práticas profissionais remete para que, nos próprios contextos de trabalho, se criem espaços de formação potenciadores de um questionamento acerca do exercício que aí é desempenhado, no qual os atores sociais que nele intervêm transformem a natureza dos seus vínculos, enriquecendo e diversificando as relações que se estabelecem entre eles, construindo conjuntamente novas identidades profissionais. Estas passam pelo reconhecimento das competências e dos saberes de que aqueles são portadores, sendo que o reconhecimento no

trabalho exige um coletivo, uma equipa, uma comunidade de pertença, que, por sua vez, leva, no registo da ação, à cooperação.

Assim, *“(...) a produção de mudanças, numa organização social, implica não apenas mudar a acção individual mas também o modo de pensar essa acção e, sobretudo, o modo como as acções individuais se articulam entre si, num quadro de interdependência dos actores.”* (Costa, 1998:44), pelo que, a mudança das práticas, mais do que um exercício de complementaridades, é, simultaneamente, um exercício de praxis coletiva. É assim que Honoré (Correia, 1997:36) se refere à formação como algo que se situa no intervalo, pois parece que o campo tutelar do “inter” a que o autor se refere, exige um trabalho que apela ao diálogo entre diferentes áreas do saber ganhando aí relevância a intervenção das CE. Tal como sugere Correia (1998:154): *“(...) a análise das relações entre educação e trabalho pode favorecer o desenvolvimento de uma atitude reflexiva (...)”,* situando-se as CE no seu interface que *“(...) por envolverem saberes de vários domínios disciplinares, são particularmente propensas a um trabalho de interpelação (...)”* entre eles.

Assim, aos formandos caberá o papel de *“(...) promover uma troca de olhares entre subjectividades que se escutam mutuamente, numa relação de reciprocidade (...)”* (Correia, 1997:39), sendo que, deste modo, *“(...) a formação não é conceptualizada como uma mera sucessão de efeitos produzidos (...)”,* mas deverá ser *“(...) susceptível de modificar o sentido da evolução em que se inscreve, de gerar novas coerências (...)”* (ibidem).

Nesta linha, o próprio espaço de trabalho pode vir a constituir-se como um espaço de formação encarado como Correia (1991) designa de *“Inovação instituinte”* que, segundo ele, integra-se num conjunto de atividades globais, que passa pela rutura com o passado e com a cadeia de práticas onde se insere, sendo que a integração de uma inovação instituinte implica também a produção de um futuro, de conflitos geradores de uma nova ordem.

Nesta ótica, os agentes desta inovação, através da formação que implementam, visam ruturas institucionais, rompendo com as práticas anteriores existentes, tendo, assim, repercussões na segurança, formação e relações entre a instituição e os que nela intervêm. Se *“A inovação instituinte é (...) RUPTURA SEGUIDA DE PRODUÇÃO (...)”* (Correia, 1991:51), então será importante interpretar o passado, ultrapassando-o, rompendo com ele, não o negando, mas questionando-o sem o pôr em questão.

Também a este nível Crozier (1981:72) afirma que *“(...) mudanças com êxito são, com muita frequência, mudanças que não puseram de facto em questão as aquisições anteriores.”*, acrescentando que é fundamental que *“(...) o esforço de ruptura e de reconstrução tire partido do sistema tal como é, para poder jogar com ele e não trabalhar contra ele.”*

Com vista a analisar os contextos de trabalho em nome da pertinência intrínseca da formação, importa assumir que este curso não tem de facto um valor em termos de progressão profissional e, portanto, a questão que se põe é se tem

um valor acrescido em termos de exercício profissional! Este investigador sustenta a ideia de que a pertinência da enfermagem de saúde familiar não reside apenas no enfermeiro que tem conhecimentos acrescidos nesta área (uma vez que até à data não existe a especialização em enfermagem de saúde familiar), mas na capacidade dos centros de saúde (sobretudo as USF) promoverem uma saúde familiar onde o enfermeiro adquire um papel pivô (um dinamizador) e, neste sentido, o enfermeiro não esgota a sua função, tem antes uma cultura que lhe permite praticar a saúde familiar.

De facto, esta formação parte do pressuposto que quer melhorar a intervenção dos enfermeiros em matéria de saúde familiar, todavia, a questão é que o processo de qualificação individual não é um processo de qualificação coletivo, pois quando muito os enfermeiros mobilizam outros intervenientes do CS para assegurarem a qualidade dos cuidados que prestam.

Poder-se-á pensar que do ponto de vista teórico, e na linha do que se tem vindo a defender, um dos interesses deste curso é o de produzir dinâmicas organizacionais nos serviços úteis à própria prestação dos cuidados de saúde familiar, no entanto efetivamente este curso não está, de forma explícita, pensado curricularmente para ser qualificante ao ponto de dotar os enfermeiros de competências com cariz coletivo para implementar mudanças na área da saúde familiar.

Poderá sim, vir a funcionar numa lógica de informalidade apenas se os enfermeiros que se apropriaram destes saberes, os reinvestirem nos seus contextos de trabalho tornando-se autores de novas coerências, ou seja, se no exercício das suas práticas forem capazes de recriar e (re) conceptualizar o currículo de forma a que pontualmente se desenvolvam algumas daquelas dimensões. Assim, no entender deste investigador, a pertinência para os contextos de trabalho desta formação reside no facto de que as competências não podem ser individuais, terão antes de ser competências de um coletivo, e, portanto, têm que ver com a capacidade de produzir organizações qualificantes.

A este nível, o enfermeiro terá de assumir o papel de mediador (animador, facilitador) para sensibilizar a organização em que se insere – o CS - para as questões da saúde familiar e, portanto, o papel do enfermeiro não é ter um saber acrescido na área de saúde familiar e com isso “transformar” os CS em “CS familiar”, mas antes q sensibilizar os profissionais com quem interage para estas questões.

Julga-se que será o empenho profissional deste enfermeiro no ambiente organizacional onde se move (e sublinha-se empenho e não desempenho), o próprio motor para o desenvolvimento da organização, na medida em que lhe caberá a ele mobilizar vontades e competências de outros profissionais para que, em conjunto, todo o trabalho seja de forma concertada e em equipa envolvendo as famílias, trabalhando com elas e não para elas, constituindo-se desta forma uma tarefa coletiva envolvida e verdadeiramente (pre)ocupada com a implementação da saúde familiar, dando real visibilidade à sua atuação e

favorecendo a desejável mudança na saúde; é desta forma que se pensa que serão estes os contributos para a prática clínica em enfermagem.

Nesta lógica, a formação não poderá ser apenas entendida como um acréscimo de saberes e competências individuais, mas seguramente será como problematização dos modos de inserção dessas competências e saberes num sistema coletivo que transcende as individualidades.

O contributo das CE possibilitará equacionar como é que é possível pensar a formação de modo a que a relação entre formação e trabalho seja mais transformadora do trabalho e, naturalmente, também como essa preocupação vai transformar o que se trabalha na formação. Isto remeterá, de facto, por um lado para a necessidade de desenvolver processos formativos centrados em contexto de trabalho e, por outro lado para a necessidade de ancorar o trabalho formativo no reconhecimento e problematização das experiências de trabalho dos sujeitos em formação.

4. Considerações finais

Discutir a questão da transferibilidade dos saberes apropriados pelos enfermeiros na área específica de enfermagem em saúde familiar com base na construção de um pensamento reflexivo, este enriquecido pelos contributos das CE, não foi, de todo, uma tarefa fácil.

Em causa estão esferas intimamente enraizadas numa representação muito própria em torno de cada uma delas: de um lado, a formação que visa dotar os sujeitos (atores da formação) de saberes essencialmente formais, muitas vezes sem se preocupar com os saberes de que eles já têm; a lógica subjacente a estes processos formativos, está geralmente ligada à produção de mudanças no seio de um ambiente organizacional onde aqueles se inscrevem, e incutem modos de estar, sentir, agir, pensar e ser, construindo uma determinada cultura que ficará registada na memória dos próprios sujeitos. Do outro lado, os contextos de trabalho, fortemente permeáveis às construções de saberes, estes oriundos da própria prática, da experiência vivida, da relação com o que não é dizível e, portanto, do foro tácito. Nestes há sempre uma tendência para os considerar de forma mais informal, uma (re)criação do que se conhece e experienciou cujo resultado foi positivo, muitas vezes por tentativa-erro mas bem sucedido e portanto se memorizou como sendo útil a determinada situação; aqui as pessoas cruzam e entrecruzam formas próprias de resolver problemas formando uma trama que põe em evidência saberes em uso, saberes da ação, consolidados pela experiência repetida e que é reelaborada perante cada situação concreta. Há também aqui modos próprios de estar, sentir, agir, pensar e ser, levando o profissional a construir uma cultura que ficará de igual forma registada na memória de quem por eles passa e neles desenvolve a sua ação.

De facto, os contextos de trabalho constituem-se como um lugar único e insubstituível na capacitação do profissional para o desempenho da sua profissão, na medida em que não só suporta como motiva o desenvolvimento de capacidades, disposições, habilidades e atitudes necessários à sua ação profissional, revelando-se como um espaço-tempo de “(...) *integração de teoria e prática; criação de disposições para a investigação; socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências sócioclínicas*” tal como defende Abreu (2007:13), fazendo emergir o pensamento de que o conhecimento profissional em enfermagem, não pode ser apenas obtido através da escola ou dos saberes oriundos por essa via.

É, pois, na articulação entre as duas esferas que se cria um espaço, um intervalo, uma abertura suficientemente elástica que possibilita dinâmicas de ação de tal modo que se podem encarar os contextos de trabalho como sendo simultaneamente contextos formativos; deste ponto de vista, os contextos de trabalho são potencialmente fecundos à emergência de processos formativos, partindo do pressuposto de que o próprio exercício do trabalho é considerado enquanto objeto a refletir e a analisar por parte dos sujeitos que nele intervêm. Efetivamente, Canário (1997:10) sustenta a ideia de que: “*São os sujeitos (...) que estão em condições de mobilizar para as situações de formação os saberes*

adquiridos nas situações de trabalho e, por outro lado, reinvestir nas situações de trabalho o que anteriormente se formalizou.”.

Com base nestes pressupostos, o eixo estruturante desta pesquisa foi-se construindo tendo-se a preocupação de equacionar a relação entre estas duas esferas e ao mesmo tempo, apreender que saberes são transferíveis do campo da formação para o da prática por parte dos formandos, constituindo-se, assim, para este investigador a sua principal inquietação. Partindo da reflexão na e sobre as práticas de enfermagem, na dimensão de cariz interventivo a nível educativo, social e comunitário, era pretensão deste investigador contribuir para a identificação de saberes específicos construídos num paradigma de prática baseada na evidência, percebendo qual o seu impacto no seio das organizações onde esta prática se desenvolve, julgando-se deste modo poder cooperar para elevados padrões de qualidade refletidos no corpo de conhecimentos da enfermagem.

Em boa verdade, a pesquisa levada a cabo tomou como realidade de intervenção e de análise uma formação com forte ênfase nas questões da saúde familiar e com impacto nas instituições de saúde, sendo que o modo como se aborda a centralidade das questões que aqui estão subjacentes equivale a poder interpretar estas instituições como estando submetidas a lógicas que são atravessadas por dinâmicas tipicamente instituídas de teor social, com sistemas de ação e de pensamento forjados em relações de poder sob a forma de regras que persistem no seu interior.

Nesta ótica, consoante se posicionam os membros que nela intervêm surgirão a figura do agente, do ator e, talvez, a do autor, podendo estas coexistir no mesmo espaço institucional ainda que com legitimidades diferentes. Assim, eles poderão ser meros executores das regras que regem a instituição dado que não interpretam nem o sentido que aquelas conferem nem tão pouco questionam as condições de produção/reprodução que aí vigoram; ou podem ser “seres pensantes” que, por processos de reflexão crítica, lhes permitem ir para além dos seus próprios constrangimentos movendo-se dentro do sistema com uma certa margem de autonomia. Nesta linha de pensamento, poder-se-á pensar a instituição como socialmente construída, interpretando-a com base nas lógicas de ação num registo da figura do ator e do autor, sendo que as condições de mudança dependem, em muito, do modo como o sujeito se relaciona e envolve nos contextos onde se inscreve.

A emergência do agente de intervenção é crucial nos processos de mudança pois o seu intuito é a produção de novas identidades, individuais e singulares com vista ao coletivo. Tais efeitos são conseguidos pela sua ação consertada, esta orientada para uma leitura próxima do real, suficientemente distanciada, mas implicada, mediando lógicas instituídas e instituintes de forma a trabalhar com as pessoas e não para elas.

Deste ponto de vista, os sujeitos participam na formação das suas identidades sendo acionados modos de implicação identitária que se entrelaçam no processo

de mudança em si; os sujeitos são então parte constitutiva de tais processos porque são impelidos pelo desejo de mudar.

A construção de um quadro teórico capaz de antever que em debate está o questionamento por parte dos enfermeiros em CSP sobre modos de ser, estar, sentir, agir e pensar a profissão, nomeadamente no que concerne à enfermagem em saúde familiar, será algo inacabado, na medida em que se admite que é um trabalho em permanente construção, não fechado sobre si mesmo porque abre espaço a questões centrais potenciadoras de mudanças, mudanças estas efetivamente transformadoras que ao serem construídas por cada pessoa em particular projetam-se num coletivo, que também mobiliza para a sua prática clínica novos sentidos na profissão, porque baseados na interpretação conjunta, sendo assim saberes recriados, reconfigurados; surgem novas coerências.

Em última análise o que está em jogo é a recusa pura e simples de uma formação meramente cumulativa ou aditiva, defendendo-se, antes, a existência de uma formação que conduza à problematização dos saberes que advêm da prática profissional, capaz de permitir a construção de outros (novos) saberes, onde os enfermeiros sejam os mediadores, os facilitadores, os dinamizadores das dinâmicas de saúde (neste caso familiar) promovendo ambientes que permitam aos outros profissionais com os quais interagem terem igualmente oportunidades de também eles construírem, participarem, partilharem os seus próprios saberes; é o pôr em comum, é o trabalho interdisciplinar a emergir, num campo ainda fortemente enraizado pelo trabalho multidisciplinar; é a possibilidade de fazer uma abordagem multiperspetivada face à realidade que se impõe no campo profissional, deixando, assim, para trás lógicas de ação compartimentadas, onde cada um deixa de ser encarado como o ‘problema’ na sua área específica para passar a ser o aliado entre muitas áreas específicas.

Isto obriga a que os profissionais de enfermagem, aprendam a respeitar as especificidades, as individualidades, aprendam a suscitar as suas participações ativas no coletivo de trabalho, aprendam a criar as condições para que as aprendizagens ocorram de forma significativa, aprendam com os outros e os outros com eles num espaço que é, sobretudo, comum e comunicacional. É uma tarefa que exige suporte e desafios adequados quer do ponto de vista científico quer do ponto de vista pedagógico, uma tarefa que tem que ser vista como um desafio permanente num quotidiano marcado por muitas tensões e obstáculos, porém ultrapassáveis. É essa tarefa, então, que terá que ser entendida como a razão em função da qual se justifica a sua intervenção.

É nesta lógica, que se pode admitir, em teoria, que os “enfermeiros de família” não esgotam na sua prática, o que se pode considerar como cuidados familiares pois, quando muito, mobilizam outros intervenientes do CS, isto é, da sua unidade funcional, para em conjunto assegurarem a qualidade destes mesmos cuidados.

De facto, esta formação parte do pressuposto que quer melhorar a intervenção dos enfermeiros em matéria de saúde familiar, todavia, a questão é que o processo de qualificação individual não é um processo de qualificação coletivo,

pois na verdade para assegurar a qualidade destes cuidados, os enfermeiros têm de colaborar com outros profissionais na procura de respostas assertivas para os problemas encontrados em matéria de saúde. É neste cenário que aparece a importância da cultura organizacional sendo através dela que o enfermeiro pode desenvolver a sua ação permitindo-lhe praticar a saúde familiar.

É consensual que do ponto de vista da organização da saúde familiar, a prática clínica no local de trabalho envolve outras áreas disciplinares concorrentes para este encontro da melhor resolução conjunta para os problemas de saúde; pensa-se que este curso poderá vir a ser profícuo na medida em que possa vir a contribuir para um processo de melhoria da qualificação dos indivíduos e, simultaneamente, também da qualificação coletiva da própria organização de saúde, mas que apenas terá efeitos se esta for construída pelos e com os atores sociais que nela se inscrevem, operando-se aí as mudanças pela interpretação conjunta de novos sentidos.

Neste sentido, poder-se-á, de facto, pensar que do ponto de vista teórico, um dos interesses deste curso é o de produzir essas dinâmicas organizacionais nos serviços, úteis à própria prestação dos cuidados de saúde familiar, no entanto, efetivamente este curso não está, de forma explícita, pensado curricularmente para ser qualificante ao ponto de dotar os enfermeiros de competências com cariz coletivo com vista a implementar mudanças na área da saúde familiar.

Esta lógica altera radicalmente a forma de funcionamento em vigor pelo que, se este for o desígnio das intervenções curriculares então, terão de se equacionar formas de reorganização dos próprios serviços de saúde. Não obstante, poderá sim, vir a funcionar numa lógica de informalidade apenas se os enfermeiros que se apropriaram destes saberes reinvestirem nos seus contextos de trabalho o que formalizaram, ou seja, se no exercício das suas práticas forem capazes de recriar e (re)conceptualizar o currículo de forma a que pontualmente se desenvolvam algumas daquelas dimensões.

Assim, tal como já foi anteriormente defendido, a pertinência para os contextos de trabalho desta formação reside no facto de que as competências não podem ser meramente individuais, terão antes de ser competências de um coletivo, e, portanto, têm que ver com a capacidade de produzir organizações qualificantes onde o enfermeiro terá de assumir o papel de mediador (animador, facilitador) sensibilizando a organização em que se insere – CS/USF - para as questões da saúde familiar; deste ponto de vista, reitera-se que o papel do enfermeiro não é ter um saber acrescido na área de saúde familiar e com isso “transformar” os atuais CS em, passe-se a expressão, “CS familiar”, será antes sensibilizar os profissionais para que também eles sejam sensíveis à saúde familiar..

Julga-se que mais do que o seu desempenho na profissão, será o empenho profissional do enfermeiro o verdadeiro impulsionador da mudança. De facto, é o enfermeiro no ambiente organizacional onde se move, que terá as condições para conduzir os seus pares e outros profissionais de saúde com quem trabalha ao desejável desenvolvimento da organização, pois porque reconfigurou o seu papel no seio desta organização, foi introduzindo pequenas mudanças na forma

como atua e vai como que “contagiando” outros impelindo-os a estes propósitos, agindo de forma intencional.

Pensa-se que lhe caberá a ele mobilizar as vontades e competências necessárias desses outros profissionais para que, em conjunto, todo o trabalho seja ajustado, num esforço de cooperação e com espírito de equipa, tirando partido do sistema tal como ele se encontra sem o pôr em causa, isto é, jogando com ele e não trabalhando contra ele.

Neste alinhamento, terá ainda de envolver as famílias, constituindo-se desta forma uma ação coletiva, inclusiva e (pre)ocupada com a implementação da saúde familiar; de igual forma, concorre-se para a real visibilidade da atuação do profissional de enfermagem e favorece-se a desejável mudança na saúde. É, pois, nesta lógica, que a formação não poderá ser apenas entendida como um acréscimo de saberes e competências individuais, mas como problematização dos modos de inserção dessas competências e saberes num sistema coletivo que transcende as individualidades. Na visão deste investigador, estes serão os contributos para a prática clínica em enfermagem.

O contributo das CE possibilitará então equacionar como é que é possível pensar a formação de modo a que a relação entre formação e trabalho seja mais transformadora do trabalho e, naturalmente, também como essa preocupação vai transformar o que se trabalha na formação. Isto remete claramente, por um lado para a necessidade de desenvolver processos formativos centrados em contexto de trabalho e, por outro lado para a necessidade de ancorar o trabalho formativo no reconhecimento e problematização das experiências de trabalho dos sujeitos em formação.

Em jeito de conclusão, pode afirmar-se que este estudo apesar de ambicioso foi em si mesmo um desafio, dado que ao permitir pôr em discussão pilares que são cruciais na profissão de enfermagem, possibilitou reflexões profícuas em torno da prática profissional onde os saberes porque transferíveis são comunicacionais; deste ponto de vista, a partilha de saberes na profissão de enfermagem adquire relevância se permitir a reconfiguração e recomposição destes mesmos saberes emergindo novos modos de sentir, pensar, agir e estar no seio desta profissionalidade.

Referências bibliográficas

A

Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Formasau.

Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.

Amado, J. (2017). *Manual de Investigação qualitativa em educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Amiguinho, A. (1992). A formação: concepções e práticas. In: *Viver a Formação, Construir a Mudança*. Lisboa: Educa e ICE. pp. 23-49.

Ardoino, J. (1980). «L'Intervention: Imaginaire du changement ou changement de l'imaginaire?». In Ardoino, J. et. al., *L'Intervention Institutionnelle*. Paris: Petit Bibliothèque Payot (tradução livre, pp.1-28).

Ardoino, J. (1990). «D'une ambiguïté propre à la Recherche-Action aux confusions entretenues par les pratiques d'intervention ». *Le Colloque National de L'Aipelf*. Lisboa. pp.15-25 (tradução livre, pp.1-4).

B

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Basto, M. L. (org.) (2012). *Cuidar em Enfermagem – Saberes da Prática*. Editora Formasau.

Bento, M.C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, Que Identidade?* Lisboa: Fim de século saúde.

Berger, G. (1992). A investigação em educação. Modelos sócio-epistemológicos e inserção institucional. In *Revista de Psicologia e Ciências da Educação*, 3/4, Porto: FPCEUP, 23-36.

Boterf, Guy le (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed.

Bourdieu, P. (2001). *A Miséria do Mundo*. Editora Vozes, 4ª edição.

C

- Canário, R. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (1997). Formação e Mudança no Campo da Saúde. In Canário, R. (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2000). *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Caria, T. (Org.) (2005). *Saber Profissional*. Lisboa: Almedina.
- Correia, J.A. (1991). Inovação e Instituição. In: Inovação pedagógica e Formação de Professores. Porto: Edições ASA.
- Correia, J. A. (1996). *Sociologia da Educação Tecnológica. Transformações do Trabalho e da Formação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Correia, J. A. (1997). Formação e Trabalho: Contributos para uma Transformação dos Modos de os Pensar na sua Articulação. In Canário, R. (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Correia, J. A. (1998). *Para uma Teoria Crítica em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Correia, J.A. (1999). A análise de necessidades na formação profissional de professores: da identificação das carências ao sentido das experiências. In Correia, J.A. (org.), *Formação de Professores. Da racionalidade instrumental à acção comunicacional* (pp.11-46). Porto: Edições ASA.
- Correia, J.A. & Matos, M. (1994). Contributos para a Produção de uma Epistemologia das Práticas Formativas: Análise de uma Intervenção no Domínio da Saúde. In *Actas das Jornadas sobre Educação de Adultos* (pp.333-346) Coimbra: Comissão Organizadora.
- Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros. Dos Percursos de Formação à Produção dos Cuidados*. Lisboa: Fim de século saúde.
- Creswell, J. (2010). *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*. São Paulo: Bookman e Artmed.

Crozier, M. (1981). Mudança Individual e Mudança Colectiva. In Vozes. Mudança Social e Psicologia Social. Lisboa: Livros Horizonte.

D

d'Espiney, L. (2010). *Enfermeiros nas Comunidades: Produção de Cuidados e Reconstrução Identitária*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Dias et al (2015). Educação à distância e e-learning no ensino superior. In *Observatório de Qualidade no Ensino à Distância e e-learning* (pp.4-88). Lisboa: Universidade Aberta.

Dotta, L. T., Lopes A. (2013). Investigação narrativa, formação inicial de professores e autonomia dos estudantes: uma revisão de literatura. *Educación y Futuro. Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 29, 129-155.

Dotta, L. T.; Lopes, A. (2014). O que as narrativas de estudantes revelam sobre o desenvolvimento da autonomia na sua formação inicial para a docência. *Praxis Educativa (Arg)*, 18, (1 y 2), 46-52.

Dotta, L. T., Lopes, A. (2014). Climas de formação: construção de um quadro conceitual adequado à formação de profissionais na Educação Superior. *Revista Diálogo Educacional*. Pontifícia. Universidade Católica do Paraná. (submetido).

Dotta, L. T.; Marta, M.; Ferreira, E.; Diogo, F. (2013). O desenvolvimento da autonomia nos processos de formação de estudantes da Enfermagem e do Ensino. In Lopes, A. (Org), *Formação Inicial de Professores e Enfermeiros: Identidades e Ambientes*. Porto: Mais Educação, 153-167.

Dotta, L. T., Soares, R. E. (2013). O papel da formação inicial de professores na promoção do envolvimento na escola. In *I Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspectivas da Psicologia e da Educação*, 1, 122 – 123.

Dubar, C. & Demazière, D. (1997). *Analyser les entretiens biographiques: L'exemple des récits d'insertion*. Paris: Nathan.

Dubar, C. (1997). Formação, Trabalho e Identidades. Profissionais. In Canário, R., *Formação e Situações de Trabalho*, (Org.). Porto: Porto Editora.

Dubet, F. (2002). *Le Déclin de l'institution*. Paris. Seuil.

E

Erikson, E. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes.

F

Ferreira, V.S. (2014). Artes de entrevistar: composição, criatividade e improvisação a duas vozes. In *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais da Educação* (pp 165 -195). Universidade do Minho. Edições HÚMUS.

Ferry, G. (1987). *Le Traject de la Formation*. Paris: Dunot.

G

Gato, A. P., & Nunes, L. (2013). Desafios da Investigação da História da Enfermagem: da Sua Visibilidade no Ensino. *Pensar Enfermagem*, 17 (2), 26-34.

Gerkin,K.L. et al (2009). The Perception of Learning and Satisfaction of Nurses in the Online Environment. *Journal for Nurses in Professional Development*, 25, (1), E8–E13.

H

Hiernaux, J.P. (1997). Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos. In Luc Albarello et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp.156-202). Lisboa: Gradiva.

Huberman, M. (1995). Professional Careers and Professional Development. Some Intersections. In T.R. Guskey & M. Huberman (Eds.), *Professional Development in Education: new paradigms and practices* (pp.193-224). New York: Teachers College Press.

Huberman, M. & Miles, M. (1991). *Analyse des Données Qualitative: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: DeBoeck.

L

La Ganza, W. (2008). Learner autonomy – teacher autonomy Interrelating and the will to empower. In Reinders, H., Lamb, T. *Learner and Teacher Autonomy: Concepts, Realities, and Responses*. Amsterdam: John Benjamins Pub. 2008.

Lesne, M. (1984). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lima, I. (2010). *Formação inicial: Metodologias formativas baseadas em experiências de vida ao longo das quais se formam a identidade pessoal e a identidade profissional em enfermagem: um contributo para conhecer o corpo que somos*. Tese de Doutoramento, FPCEUP, Porto, Portugal.

Longo, J. (2017). *A Prática enquanto lugar de formação, de trabalho e de Produção de saberes: Perspetivas de professores e estudantes na formação Inicial em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Lopes, A. (2001). *Libertar o desejo, resgatar a inovação. A construção de identidades profissionais docentes*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

M

Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos: trabalho e pedagogia*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.

Mestrinho, M. G. (2011). *Profissionalismo e Competências dos Professores de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Mestrinho, M. (2012). Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Enfermagem*, 16, (1), 2-30.

Minayo, M. (2010). *O Desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12ª Ed). São Paulo: Editora Hucitec.

N

Neal, J. (2012). Innovation in Education: using eLearning to improve the quality of education. *Practice Nurses*, 43, 40-43.

Neves, J.G. (2000). *Clima organizacional e Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Editora RH.

Nóvoa, A. (1988). A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus. In Finger, M. & Nóvoa, A. (orgs.), *O método (auto)biográfico e a formação* (pp107-131). Lisboa: Ministério da Saúde.

O

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

P

Peneff, J. (2002). *O Hospital na Urgência*: Estudo por Observação Participante. Coimbra: Formasau.

Pereira et al (2012). O clima de formação no ensino de Enfermagem: Contextos/Dimensões e Perspetiva. In *Atas do Congresso Internacional de Supervisão em Enfermagem: Novas Perspetivas para a Mudança* (pp.189-198). Universidade do Minho.

Pereira et al. (2012). Atitudes e Barreiras à Prática de Enfermagem Baseada na Evidência em Contexto Comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 7 - Jul. (pp.55-62). Acedido em abril de 2018. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24209/1/Artigo%20Final%20%20Publicado.pdf>.

Q

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

S

Sangrà, A.; Vlachopoulos, D., Cabrera, N., Bravo, S. (2012). Building an Inclusive Definition of E-Learning: An Approach to the Conceptual Framework. *International Review of Open and Distance Learning*, 13, Research Articles, April.

Serrano, M. T. P. (2008). *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho*. Tese de Doutoramento, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

T

Terrasêca, M. & Carvalho, A. (2001). Em torno das práticas avaliativas do 2º ciclo. In Vários, *Avaliar a Avaliação* (pp.43-55). Porto: Edições ASA.

Torres, L.L. & Palhares, J.A. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais da Educação*. Universidade do Minho: Colecção Ciências Sociais da Educação. Edições Humus.

Tracey, J.B., & Tews, M.J. (2005). Construct validity of a general training climate scale. *Organizational Research Methods*, 8, 353-374.

V

Vala, J. (1986). A análise de Conteúdo. In A. Santos Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Vale, A. (2003). *Alunos, aprendentes e aprendizes. Um estudo etnobiográfico sobre percursos de formação*. Tese de Doutoramento, FPCEUP, Porto, Portugal.

Vieira, M.C. (2010). *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Caracterização das Unidades de Saúde Familiar em 2010*. Tese de Mestrado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Vilar, A. (1992). *A Avaliação: um novo discurso?* Porto: Edições ASA.

Vinck, D. (2003). L'instrumentation du travail interdisciplinaire: cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires. In *Esprit Critique: Revue Internationale de Sociologie et de Sciences sociales*, Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Pays-de-la-Loire, 5, (1).

Apêndices

Apêndice I

Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estimado (a) enfermeiro (a)

No âmbito do programa de Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, articulado com o projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em cuidados de saúde primários”, sediado no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estamos a desenvolver um trabalho de investigação **“Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar: Avaliação do Plano Curricular, desenvolvimento de competências e transferência para a clínica”** cujo objetivo é **conhecer o impacto da transferibilidade de saberes para a prática clínica**, e deste modo *identificar eventuais ações de melhoria para o curso em questão e para as organizações onde os enfermeiros se movem*.

A sua disponibilidade neste estudo é crucial e consiste na participação de uma entrevista sobre o programa de avaliação do curso que será gravada em suporte áudio. Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação garantindo-se a confidencialidade, e anonimato.

O(A) Sr(a) enfermeiro (a) tem o direito de mudar os termos da sua autorização, em qualquer altura da investigação, pelo que a assinatura do consentimento informado não o/a impede de abandonar o projeto a qualquer momento se assim o entender.

Estamos ao dispor para esclarecer qualquer dúvida.

Aldina Maria Ferreira da Silva Pereira

Eu, _____,¹
declaro ter lido e compreendido os objetivos centrais do estudo “**Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar: Avaliação do Plano Curricular, desenvolvimento de competências e transferência para a clínica**”.

Desta forma, concordo participar na investigação mencionada e permito a utilização dos dados a recolher, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação com a garantia de confidencialidade e anonimato que me é dada pela investigadora.

Universidade do Porto, ____ de junho de 2018

Assinatura

¹ Nome completo e legível

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estimado (a) enfermeiro (a)

No âmbito do programa de Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, articulado com o projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em cuidados de saúde primários”, sediado no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estamos a desenvolver um trabalho de investigação **“Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar: Avaliação do Plano Curricular, desenvolvimento de competências e transferência para a clínica”** cujo objetivo é **conhecer o impacto da transferibilidade de saberes para a prática clínica**, e deste modo *identificar eventuais ações de melhoria para o curso em questão e para as organizações onde os enfermeiros se movem*.

A sua disponibilidade neste estudo é crucial e consiste na participação de um questionário de autopreenchimento eletrónico sobre o programa de avaliação do curso. Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação garantindo-se a confidencialidade, e anonimato.

O(A) Sr(a) enfermeiro (a) tem o direito de mudar os termos da sua autorização, em qualquer altura da investigação, pelo que a assinatura do consentimento informado não o/a impede de abandonar o projeto a qualquer momento se assim o entender.

Estamos ao dispor para esclarecer qualquer dúvida.

Aldina Maria Ferreira da Silva Pereira

Eu, _____,²
declaro ter lido e compreendido os objetivos centrais do estudo “**Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar: Avaliação do Plano Curricular, desenvolvimento de competências e transferência para a clínica**”.

Desta forma, concordo participar na investigação mencionada e permito a utilização dos dados a recolher, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação com a garantia de confidencialidade e anonimato que me é dada pela investigadora.

Universidade do Porto, ____ de maio de 2018

Assinatura

² Nome completo e legível

Apêndice II

Guião de entrevista

Guião de entrevista

Gostaria antes de mais de agradecer a sua colaboração neste estudo que se insere no âmbito do programa de Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sobre a “**Formação Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar**” cujo objetivo é **conhecer o impacto da transferibilidade de saberes para a prática clínica**, e deste modo *identificar eventuais ações de melhoria para o curso em questão e para as organizações onde os enfermeiros se movem*.

Vamos então começar:

1. Centre-se por favor na formação que realizou e tendo em conta os temas que foram trabalhados nas diferentes Unidades Curriculares considerou estes pertinentes para o seu desempenho diário como enfermeiro/a.
2. Que sentido atribui ao percurso formativo realizado enquanto pessoa e enquanto profissional.
3. Que relação estabelece entre as aprendizagens que fez com esta formação e a possibilidade de refletir no que faz enquanto enfermeiro/a na sua unidade funcional.
4. Fale-me por favor das repercussões pessoais e profissionais decorrentes da formação que fez.
5. No decurso desta formação, existiu espaço para o questionamento da prática clínica e para a problematização do que faz em enfermagem?
6. Se sim, essa reflexão sobre e na sua ação permitiu construir um novo sentido das suas práticas? Concretize por favor em que sentido.
7. Tendo em conta esta formação, considera ter existido a possibilidade de transferir saberes da sua prática para a formação e desta para a sua prática. Em que circunstâncias?
8. Considera que no seu local de trabalho existiu mudança coletiva (dos seus colegas) depois de fazer esta formação?

9. A estratégia formativa usada - formato e-learning, foi conducente à produção de novos saberes?
10. Na sua opinião qual o perfil de competências que este curso lhe conferiu?
11. Considera que é necessário que todos os enfermeiros façam o curso para que as competências em ESF possam emergir?
12. Na organização dos cuidados de saúde primários em que está inserido, o modo de estar, sentir, pensar ser e agir na profissão que desempenha mudou depois desta formação?
13. Qual a sua opinião sobre a forma como na sua unidade funcional se promovem os saberes tácitos e comunicacionais de que o enfermeiro dispõe.
14. A qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros situa-se na interface entre as dinâmicas de serviço e dinâmicas familiares. Como enfermeiro/a até que ponto considera que na sua instituição o enfermeiro implementa a saúde familiar como dimensão estruturante do seu trabalho, independentemente de ter ou não formação acrescida nesta área.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Apêndice III

Entrevistas transcritas

Participante 1

Habilitações académicas - Licenciatura

Categoria na profissão - Enfermeiro

Data de entrevista: 03/07/2018

Entrevistador: Aldina

Iniciámos a conversa validando o consentimento informado e agradecendo a disponibilidade para fazer a mesma, sendo que a entrevista começou por lhe perguntar a pertinência dos temas trabalhados nas unidades curriculares; não obstante, não estávamos a gravar e tivemos de recomeçar.

A – Então, recomeçando para... ou melhor, estava-lhe a perguntar qual foi a pertinência das unidades curriculares no seu curso?

P – Então, é assim... fundamentalmente permitiu para podermos ter uma fundamentação teórica relativamente à nossa prática; havia muitas coisas que já fazíamos sem perceber muito bem o porquê, ou em termos de fundamentação o que é que ou o porquê de o fazermos, e isso permitiu a gente identificar quer algumas teorias familiares quer perceber que através dos ciclos de vida, do ciclo familiar, dos momentos de transições, dos momentos de crise, que são oportunidades de, de, ... quer de ... quer de avaliação e de intervenção a nível familiar ... e havia muitas coisas que nós já fazíamos mas não tínhamos bem a noção, o porquê de fazermos ou, ou, ou ... quais eram os instrumentos mais básicos para poder intervir e através da Pós-graduação conseguimos ter uma ferramenta e perceber mais a nossa prática clínica.

A – Então se eu lhe perguntar, eh, eh... as aprendizagens do curso que fez com a sua prática aquilo que faz diariamente consegue estabelecer uma relação entre elas ou não?

P – Sim.

A – Mas, mas, mas foi possível... O curso foi on-line, foi feito em formato e-learning, certo? Pronto! Aquilo que o Filipe aprendeu com este curso, consegue transferir para a sua clínica, certo? de uma forma linear, é fácil? Consegue fazer essa transferência rapidamente?

P – Não é assim linear, mas conseguimos eh... ver quais são os momentos de maior vulnerabilidade e os momentos de crise numa família, perceber quais são as oportunidades em termos de ... ou as mais oportunidades em termos de avaliação e em termos de intervenção conseguimos passar em termos de teoria o que nós aprendemos, conseguimos passar muito desta aprendizagem para a nossa prática clínica.

A – Então em termos de repercussões pessoais e profissionais o que é que me pode dizer?

P – Que adquiri aqui estas ferramentas que me permitem perceber os momentos de crise, detetar mais facilmente esses momentos e poder também fazer uma intervenção, se calhar mais adequada, numa família percebendo que a gente acompanha a família ao longo do seu ciclo vital e temos ali muitos momentos: com o nascimento de uma criança, com a integração numa escola ... conseguimos perceber que esses são uma oportunidade de a gente tentar intervir e tentar facilitar essas transições ... e evitar,

evitar que haja ali algum, algum agravamento de conflitos familiares, situações potenciadoras de stress; temos essas ferramentas que nos são mais práticas, muitas coisas que nós já fazíamos mas lá está, não tínhamos essa facilidade de intervenção nem de avaliação quer depois também percebemos em termos teóricos o porquê de nós estarmos a fazê-lo e ali com as teorias familiares, com as ... e depois com as ferramentas quer de avaliação quer de intervenção temos uma intervenção mais facilitada.

A – Mas então, o Filipe, é enfermeiro numa unidade de saúde familiar, certo? Tem a seu cargo várias famílias, pressuponho!

P – Exato.

A – Enquanto enfermeiro a trabalhar na unidade de saúde familiar com as suas famílias, as dinâmicas familiares como disse, que carecem da sua intervenção, e o serviço em si, as dinâmicas de serviço, como é que isto se interliga? Como é que isto se processa? As dinâmicas familiares com as dinâmicas de serviço? E o enfermeiro como é que dá resposta às duas coisas?

P – Em termos de intervenção quer na família quer depois com aquilo que é solicitado como ... a nível de unidade de saúde familiar?

A – Sim, porque o enfermeiro não é só enfermeiro de saúde familiar, digo eu.

P – Ele é um enfermeiro de saúde familiar, ele acompanha as famílias em todos os seus processos, quer em termos... eh, de consultas de saúde infantil, de saúde de planeamento familiar, de saúde materna, dos tratamentos, todos estes processos! Acabo por acompanhar estas famílias, o nosso trabalho acaba por ser muito de encontro às necessidades das famílias.

A – Mas então trabalha...então o curso dá-lhe competência para... acabando o curso ficou com competência em enfermagem de saúde familiar, certo? As suas competências anteriores não lhe permitiam fazer esse tipo de intervenção?

P – Mas lá está, se calhar, já fazia, algumas não com a mesma fundamentação nem com as mesmas ferramentas em termos de intervenção, mas já acabávamos por identificar ali alguns momentos de crise, alguns momentos de intervenção, mas agora que possuímos o corpo de conhecimentos que nos facilita esta mesma avaliação e intervenção de uma família. Se calhar temos agora outra sensibilidade, outra perceção e depois conseguimos também intervir, se calhar, de forma mais adequada na família, em termos de suprir essas mesmas necessidades.

A – Então houve mudança na sua prática depois de fazer o curso?

P – Houve algumas mudanças em termos de melhoria, em termos de competências para poder fazer uma intervenção.

A – Mas só no seu caso concreto, como é em relação à sua equipa? Também houve mudança na equipa?

P – Algum ...em termos de Pós-graduação só eu é que tenho a Pós-graduação, mas a equipa por acaso até demonstrou muito interesse e fizemos mesmo alguns cursos de... cursos/formações sobre o “Modelo Dinâmico” a nível da USF-AN e da ... (eu penso que os colegas só ... veio tudo através da USF-AN e do protocolo também da Professora Henriqueta com a USF-NA de fazer formação)

A – Hum, hum!

P – E os colegas fizeram essa formação e acabámos, lá está, por estar mais sensibilizados para esta questão. Se calhar eu por ter a Pós-graduação, acabei por aprofundar mais esses conhecimentos e ter uma sensibilidade, se calhar, diferente; portanto, temos enfermeiras especialistas em saúde infantil que, se calhar, a nível de processos relacionados com a criança também já possuem alguma ... algum conhecimento, mas não direcionados diretamente para a família, mais para os processos da criança. E eu, se calhar, possuo esse conhecimento se calhar mais específico para intervenção a nível familiar.

A – Então, então acha que há uma mudança coletiva na sua equipa depois de ter feito esta formação e dos colegas terem feito também, ou não?

P – De eu ter feito? Não por eu ter feito; se calhar pelo interesse dos colegas também relativamente ao “Modelo Dinâmico”. Eh ... Lá está, nós até partilhamos ideias e discutimos algumas situações, mas se calhar o interesse dos colegas sobre o “Modelo Dinâmico” também permite ter que toda a equipa esteja envolvida nessa situação.

A – E este curso que fez permitiu-lhe refletir... enquanto estava a fazer o curso, que era em formato e-learning, certo, houve possibilidade de partilhar com os colegas dúvidas ou de partilhar com a mentora ou com a tutora do curso, dúvidas, esclarecer algumas questões que visse pertinente, ou não conseguiu de todo espelhar a sua prática na formação?

P – Eu aí até...na altura até com a... com a plataforma de saúde familiar dei, dei, dei a sugestão de: devia de haver mais momentos de...de...de... como é que é?

A – Partilha?

P – De reuniões via Skype, deste acompanhamento via Skype não ser só exclusivamente o e-learning, através da consulta da plataforma para vermos os vídeos e assim, mas haver momentos mais de partilha porque lá está, eu ali ... até pude conversar com a Prof. Henriqueta e já... e noutras situações também, também falar com ela e abordar algumas situações, mas uma pessoa às vezes fica mais perdido só com a informação que está inserida na plataforma, quer em formato PDF, quer em formato dos vídeos; e se houver mais sessões de partilha e de discussão, ou em grupo ou a nível individual, se calhar também se fundamenta algum conhecimento e alguma partilha entre, entre, entre os formandos.

A – E então considera que houve alguma ... ainda pegando no formato e-learning ..., houve alguma vantagem que encontrou no formato e-learning ou independentemente de ser formato e-learning, o curso se fosse presencial ou num outro formato, ter-lhe-ia dado na mesma as competências para saúde familiar, ou não?

P – Eh ... o formato e-learning ... eh, trás uma, uma gestão pessoal que o formato tem que ter em termos do acompanhamento e uma disciplina em termos do acompanhamento para cumprir o curso! Eh ... acho que para ...que acompanhado de formato em que não está uma coisa ... eh, que é compatível com o formato e-learning é estas discussões em grupo (ou em grupo ou a nível individual, tá bem) mas, se calhar a nível de grupo se houver algumas discussões de ... se calhar da unidade curricular houvesse uma sessão de discussão, ou individual ou em grupo, permitiria que as pessoas esclarecer algumas duvidas, fizessem algumas partilhas, colocarem se calhar alguns casos práticos, em que podia ajudar nesta questão de cimentar o processo de aprendizagem, mas não tenho nada contra o formato e-learning.

A – Mas então eh... pronto ok. O curso dá-lhe então essas competências de enfermagem de saúde familiar, geriu o seu tempo de acordo com aquilo que entendeu e depois de ter o curso quando chegou á sua prática, ou melhor, quando, quando adquiriu o curso e já está na sua prática, no seu dia a dia ... á bocado disse-me que houve mudança, sim, ok, Essa mudança ..., a questão que eu lhe quero perguntar muito claramente é, porque é a ideia que eu tenho eu, eu, eu acho que se trabalha na mesma, fala-se em enfermeiro de família mas até que ponto é que é o enfermeiro que é o responsável por aquelas famílias ou até que ponto é que é o enfermeiro que trabalha individualmente os elementos daquela família, fiz- me entender?

P – Sim, sim, sim perfeitamente; são coisas diferentes. Aquilo que há bocado eu estava a dizer em termos se calhar da realidade de cada USF é muito o atendimento mais individualizado e eh ... na perspetiva da saúde individual de cada, de cada elemento que nós temos na família; eh, ... e neste momento, em termos de suporte informático ou, o suporte informático também andou muito vocacionado, os registos, para a saúde individual, eh ... e nós, em termos dos registos fazemos muito a nível individual não tanto a nível familiar, até porque não há indicadores de avaliação a nível familiar. Eh, temos a questão é em termos de prática, em termos da intervenção real que eu tenho no contexto mesmo de ser uma consulta individual há uma abordagem a nível dos processos familiares que a gente complementa para além da consulta, eh, individual, não é!?! numa consulta de saúde materna há ali os processos que a nível da satisfação conjugal ou a nível do, por exemplo ... numa planeamento familiar em termos de promoção de uma gravidez, de perceber como é que estão as relações, eh... se calhar numa saúde infantil mais abrangente e queremos perceber como é que está a adaptação com o novo bebé, eh ... ou com a entrada na escola lá está... conseguimos ter ... para além de fazermos a consulta individual ao cliente que nós temos à nossa frente, também fazer simultaneamente uma abordagem à família para tentar perceber o que é que ou quais são as necessidades que aquela família tem e que intervenção é que podemos ter para, para, para melhorar a situação.

A – E isso advém com a formação que fez, ficou mais sensível para isso?

P – Fiquei mais sensível para isso e adquiri ferramentas que me permitiram melhorar essa situação.

A – Pronto. Então ... E, e a sua organização ..., ou seja, os cuidados de saúde primários ... eh, neste momento, considera que estão organizados para qualificarem os enfermeiros em enfermagem de saúde familiar e, e, e ... o que é que acha em relação à sua organização, aos cuidados de saúde primários, como é que eles...

P – Acho... para o cuidado individual, em termos de ... eh, de tudo: de indicadores, em termos de, da filosofia da prestação de cuidados estão muito vocacionados para, para a prestação a nível individual e isto quer a nível médico quer a nível de enfermagem, não são só a nível de enfermagem. Agora os profissionais que prestam estes cuidados acabam por adquirir um corpo de conhecimentos e ter uma ...e permitir ter uma intervenção mais abrangente não só a nível de cuidado individual, mas também a nível do, de, de avaliação e intervenção familiar que, que um enfermeiro que não possui essa formação se calhar não está tão sensível e não...

A – Mas como é que o enfermeiro ...sim, mas como é que o enfermeiro estrutura o seu trabalho, ou seja, em que ponto é que ... que dimensão estruturante do seu trabalho ... se podermos dizer assim: no seu turno de trabalho eh ...como é que implementa a saúde familiar enquanto dimensão estruturante do seu trabalho, entende?

P – Eh É, é, é como na vacinação: é aproveitar as oportunidades de, de intervenção ... eh, eu não tenho ... no meu, no meu horário de trabalho eu não tenho um momento decidido para vacinar; eu tenho consultas de enfermagem, aproveito é as consultas de enfermagem para, para, para ... eh, para potenciar a ... para verificar como é que está o estado vacinal e para poder fazer a intervenção de modo a atualizar o seu plano de vacinação. Com a saúde familiar acaba por ser um pouco isso: aproveitar as oportunidades que tenho com ... eh, com os elementos que estão, que estão presentes, tentar fazer uma avaliação em termos de, da, de, da saúde familiar daquela, daquela família e poder definir ali alguma intervenção, ali algum acompanhamento e depois nós acabamos por ... eh ter um acompanhamento à família em si e muitas vezes temos e temos, era o seu ... a rede de apoio para além, por exemplo do agregado familiar os pais e as crianças acabamos por ter os avós que são uma rede de apoio ali que dão, que dão apoio, acabamos por ter ali as redes sociais também que acabam por ter alguma ligação também com aquelas famílias e acabamos por articular também através dessas, destes, redes de apoio poder ali fazer uma intervenção mais abrangente com aquela família. Lá está, o grande benefício de sermos enfermeiros de família é esse: é poder já conhecer as pessoas onde vivem, as suas redes de apoio, redes comunitárias, eh ... a família em si, e poder intervir de forma mais, mais adequada também perante isso.

A – Oh Filipe ... e em sede de consulta o tempo que tem consegue fazer isso?

Pausa!

P – Procuramos! (risos). Procuramos!

A – Não é? Porque sabemos que o tempo é diminuto, não é?

P – É!

A – O tempo é diminuto ... não é? Estamos a falar de indicadores que vocês têm que cumprir, não é, com o tempo que têm para fazer isso em consulta... eu acho que não estou a dizer nenhuma barbaridade, portanto isto é real, certo? Portanto aquilo que eu questiono é como é que vocês enfermeiros com estas competências, conseguem promover esta ... esta enfermagem de saúde familiar com os recursos e com o tempo que têm? É só isso que eu, que eu preciso de perceber...também ...é difícil?

P – É assim... é não vou dizer que é fácil! E que muitas vezes não ...demoramos mais tempo do que aquilo que está definido para a consulta, eh ..., mas procuramos fazer isto aqui na nossa prática diária; o facto também de já estar no terreno e já ser enfermeiro de família há vários anos da, dos meus utentes, também permite-me já ter um conhecimento já mais abrangente e já conhecer, e já conhecia muita coisa; por exemplo em termos de avaliação acaba por me ser mais fácil muitas vezes já conhecer e já avançar ali algumas partes, sim muitas vezes ir específica ... ia ser mais específico naquilo que eu pretendo avaliar e naquilo que eu considero ser mais sensível para aquela família. Eh ..., mas às vezes demoramos mais tempo do que aquilo que é definido e muitas vezes não conseguimos fazer tudo aquilo que gostaríamos.

A – Exato. Então considera também que esta formação que lhe deu estas, esta nova sensibilidade, vá, para implementar determinadas coisas eh, permitiu-lhe de certo modo ainda que interiormente, refletir na sua prática, problematizar a sua prática, como é que faz, como não faz, ... eh, ... teve impacto, teve impacto na, ... na sua prática?

P – Por muita coisa. Lá está: começa logo pela ... por muita da fundamentação teórica porque ... que desconhecíamos e que, e que, se calhar, houve muitas coisas que até já fazíamos quase por experiência ou por irmos tentando, tentando perceber como é que

a gente podia fazer; e algumas coisas até já fazíamos quase, quase inconscientemente! E ... eh, ... e com, com, com a formação acabámos por adquirir muita explicação do porquê de nós fazermos ...

A – Fundamental!

P – A sua importância; e... e estava mais sensibilizado para, ... para isso!

A – Portanto, o impacto que teve a formação para a sua prática foi fundamental a prática, é isso?

P – Sim, em muitos aspetos; a fundamental e ser mais rigoroso ou mais preciso naquilo que eu, que eu fazia. No meu exercício.

A – Portanto então considera que ... numa avaliação geral do curso, da formação, considera que há transferência de saberes, que é possível aplicar esses saberes na sua prática e implementá-los?

P – Com a Pós-graduação?

A – Ainda que difícil!

P – Adquire-se conhecimentos que não, que não ...que estão mais abrangentes do que aquilo que estão ... na nossa formação ... de base, de licenciatura e que são considerados os nossos cuidados gerais; eh, ... acabamos por adquirir muitos conhecimentos que ... mais abrangentes e mais específicos em termos de intervenção familiar.

A – Pronto, então acho que acabou por me responder aqui à, à, à minha inquietação que era: se havia ou não transferência e que impacto é que isso tinha para a sua unidade. Penso que já, já escolheu... diga, diga!

P – Ainda existe um longo percurso a fazer principalmente em termos de... de registos clínicos, de educadores de enfermagem de saúde familiar, de eh, ... da organização do nosso trabalho também e ainda existe um longo percurso a fazer! Agora que a prática fica mais, mais sensibilizada, mais específica e com outro, com outro nível de conhecimentos, fica!

A – Sim, mas ainda há um percurso a fazer...concordamos nisso!

P – Há. Sim, há, há!

A – Porque os registos não espelham a visibilidade, a vossa visibilidade ainda não é... eh... patente, não está patente nos registos...certo? Portanto aquilo que vocês fazem e no tempo record e a maneira como fazem ainda não pode ser espelhada em termos de registos, certo?

P – Não!

A – Não estão, não está pensado nisso. E aquilo que eu lhe perguntava há bocado era: até que ponto a vossa organização dos cuidados, a nossa (porque eu também estou nos cuidados de saúde primários), a organização dos cuidados de saúde primários está também pensada nesta lógica de ...eh, ... pensar nas famílias enquanto famílias elas próprias capacitadas para terem saúde familiar.

Portanto é isto que eu lhe coloco: a última questão é precisamente isto: até que ponto é que considera que a organização capacita as famílias para que elas possam ser gestoras da sua própria saúde.

P – Obter um longo percurso para fazermos, para permitir melhorar esta situação; neste momento ainda não está ... ainda estamos distantes daquilo que é... que devia de ser a nossa prática.

A – Muito distante?

P – Bastante!

A – Pois, ... porque eu também achava que sim. Eu não estou, eu não trabalho numa unidade de saúde familiar, mas a minha perceção também é essa. E acho que sim que, ... que ainda temos muito a fazer e, e, se calhar, a repensar e a recompor aqui dinâmicas que, se calhar, têm que ser abordadas de uma outra maneira e repensadas de uma outra maneira.

Filipe, eu acho que já me respondeu a tudo aquilo que eu queria ... pelo menos o sentido, perceber o sentido ... e só validando consigo o sentido que imputou a esta formação é poder ter ferramentas na sua prática para conseguir abordar a família de uma outra forma e ao mesmo tempo fundamentar aquilo que faz.

Pelo menos foi isto com que eu fiquei... acho que foi a ideia que me quis transmitir... é isto, não é? O que me transmitiu?

P – Sim!

A – Pronto! Neste ponto, eu agradeço-lhe imenso ... eu por mim estou perfeitamente contente com aquilo que me disse, não sei se quer acrescentar mais alguma coisa... O Filipe abanou a cabeça e terminei a entrevista ...

Agradeço-lhe também toda esta disponibilidade que teve para comigo porque isto não foi fácil aqui coordenar, mas eu vou desligar...

Participante 2

Habilitações acadêmicas - Mestrado

Categoria na profissão – Enfermeiro graduado

Data de entrevista: 30-06-2018

Entrevistador: Aldina

A – Então, estamos os dois já a gravar, espero eu.

P – Ok.

A – Se não depois não vou ter coragem para lhe ligar outra vez (risos)... pronto, enfermeiro Hélder não sei se viu então o questionário que eu lhe... eu acho que falamos sobre isso, sobre o questionário, certo? Que lhe enviei...

P – Sim, sim, sim. Eu já respondi ao questionário.

A – Pronto, eu também não sei se lhe mandei por email o consentimento informado...recebeu?

P – Sim, sim já preenchi e já enviei.

A – Ah... enviou-me também para o email?

P – Já, já, já.

A – Não vi, não vi. Pronto, então vamos agora situarmo-nos aqui na entrevista ... também porque são 18h ...a ver se demoro só meia hora, vá. Para irmos ver...

P – OK, ok, ok. Meia horita.

A – Meia horinha é bom.

P – Também vou ser, vou ser... é assim vou ser o mais objetivo possível como fui também no questionário, pronto porque...

A – Sim, sim. Eu agradeço.

P – Também... ok, ok.

A – Pronto, então para não demorarmos mais tempo, em relação ao curso que fez da formação pós-graduada, queria só que me disse-se quando é que o fez, quando é que isso aconteceu e qual é a pertinência que deu ao curso, que pertinência é que tem o curso e a relevância dos temas que foram trabalhados, se me conseguir...

P – É a relevância, a relevância dos temas?

A – Sim, a relevância dos temas trabalhados nas unidades curriculares e o curso em si, não é?

P – Sim, sim, sim. Claro, claro. É assim, o... eu já alguns anos, para contextualizar um bocadinho... já há alguns anos que estava a pensar fazer uma pós-graduação em saúde... em enfermagem de saúde familiar, digamos, tendo em vista depois tirar a especialidade, ou seja, e foi num congresso da USF-AN que uma colega desta pós-

graduação com a professora Henriqueta, prontos, que era, no fundo a mentora do modelo e, prontos, estava uma pós-graduação bem estruturada, as aulas seriam todas dadas por ela, portanto e eu, entretanto, reuniram-se as condições quer pessoais, quer profissionais para, pronto, também já se fala, mas isto também já se fala há alguns anos da especialidade, e no fundo faria ali a componente teórica que no fundo eu... porque a Ordem adotou o “*Modelo Dinâmico*” e no fundo já teria ali feito toda a componente teórica da ... tendo em vista a especialidade, pronto.

Portanto, eu comecei a pós-graduação em, salvo erro, em novembro/dezembro, finais de novembro de 2016 e concluí-a o ano passado em agosto, se não estou em erro. Pronto, e em termos da... no fundo o que me motivou... foi mesmo ..., portanto, porque já trabalho alguns anos e sempre idealizei a especialidade em enfermagem de saúde familiar como um objetivo; já tive a oportunidade de tirar outros, mas não, pronto não tirei e no fundo a pós-graduação surge aí como um, pronto, como o primeiro passo para concluir esse projeto, digamos. Em termos de temas, também era uma das questões...

A – Sim, sim.

P – Em termos de temas eu acho a pós-graduação bem estruturada, pronto, e o único reparo que acho que, pronto, mas também é um bocadinho condicionado pelo formato e-learning, digamos, mas é só um bocadinho o desenvolver de... termos mais tempo para desenvolver a questão da ... é a parte prática, digamos, da operacionalização do “*Modelo Dinâmico*” e no fundo termos a supervisão, mas de certa maneira isso já, já pressupunha, pronto, estágios e estas coisas já é um bocadinho mais na vertente prática, mas acho que os temas são pertinentes.

Interrupção da gravação por questões alheias, mas voltou-se em breve à entrevista:

A – Pronto, mas já estamos outra vez sintonizados. Peço-lhe desculpa porque entrou-me uma mensagem e eu queria descartá-la e não consegui. Pronto, mas estamos os dois aqui já ... está-me a ouvir, não está enfermeiro Hélder?

P – Sim, sim, sim.

A – Pronto, já estou a gravar outra vez, peço desculpa. Estava-me a dizer que em relação aos conteúdos, peço desculpa porque foi onde fiquei.

P – Pronto, relativamente aos conteúdos, acho que são, os conteúdos são adequados, são pertinentes e são relevantes para depois pormos em prática no fundo aquilo que se aprendeu na pós-graduação. Em termos ... o único reparo que, como eu estava a dizer, acho que se pudéssemos despende mais algum tempo na operacionalização do modelo dinâmico, acho que ainda iria ser mais enriquecedor, ou seja, por exemplo em termos de estrutura, nós tivemos na, digamos, esse módulo e depois ainda estamos num último módulo da entrevista sistémica e eu para mim acho que seria mais pertinente terminar e despendermos mais algum tempo com a operacionalização porque também é isso que depois nos facilita, em termos facilitador para a implementação no nosso dia a dia, na nossa prática digamos. Mas de resto acho que em termos de temas está, está, pronto, está muito bem, está bem adequada, digamos, e dá resposta, acho eu, que eu já tive oportunidade de ver outras pós-graduações, digamos, e não são assim tão completas em termos de temas relacionados com, pronto, com a família, com a saúde familiar como esta aqui, como esta da Prof. Henriqueta.

A – Então ...

P – Aliás basta...

A – Á bocado estava a dizer...sim, sim, diga, diga.

P – Sim, sim. Diga. Diga.

A – Há um bocado estava a dizer que a questão de ser em formato e-learning e pegando por aí pelos modos... no fundo isso é um modo de trabalho pedagógico, não é, o formato e-learning foi algo que foi escolhido e que não obriga a estar numa sessão presencial, certo?

P – Certo.

A – Aquilo que eu lhe questiono é: pegando nesta ferramenta que é, no fundo um modo de trabalho, eh, se isso lhe permitiu na mesma adquirir o saber que era, que era pretendido, se, se ...porque fez o curso certo?

P – Em termos, em termos de saberes acho que sim acho que ... pronto, mas, o modo e-learning tem vantagens e o que me levou literalmente a escolher foi mesmo a questão de, pronto, de dar mais liberdade em termos de aprendizagem e não ter que ir para uma sala de aula, ter as deslocações, pronto, no fundo um melhor aproveitamento de tempo, que nunca é muito, não é?

A – Sim mais calmo.

P – Nunca se tem tempo para ...prontos. E o facto de, no fundo, e na Pós-graduação que eu fiz ter abordado o “*Modelo Dinâmico*” com a Professora acho que para mim foi uma mais valia, não é?!, ou seja, no fundo foi, foram esses os motivos que me levaram a escolher essa Pós-graduação neste formato, porque eu sei que há umas, ou havia ... agora nem sei, mas algumas escolas que tinham, pronto, um formato tradicional, presencial e isso.

A – Mas oh, oh enfermeiro Hélder, quando fala de... pronto, realmente eu entendo que deve ter sido mais cómodo, mas foi possível...as aprendizagens que fez em termos de formação, eh, foi possível transferir de alguma forma aquilo que aprendeu para aquilo que faz? Percebe?

P – Sim, sim, sim, sim. Aliás como eu disse no início, o trabalho, embora não de uma maneira tão exaustiva, porque também já tentei e depois da Pós-graduação fazer isso, eh, que é no fundo, aquele trabalho de operacionalização do “Modelo” em que no fundo, pegamos em todos os saberes que nos foram transmitidos anteriormente e pô-los em prática não é numa consulta a uma família, pronto, e no fundo, esse trabalho, como eu disse já não de uma forma tão exaustiva tentei, pronto, e já pus em prática com algumas famílias e no fundo foi importante, ou seja, conseguiu passar a mensagem, não é?!, ou seja, aquilo que a Professora pretendia na altura transmitir penso que foi conseguido, não sei se é isso que me está a perguntar...

A – Sim, sim.

P – Ou seja, no fundo os saberes tiveram o seu reflexo no meu dia-a-dia, não é? Eu se pego numa família vamos tentar ali conversar, fazer a árvore genealógica, no fundo, o genograma, ecomapa, pronto, e tentar perceber, no fundo, se as famílias e em conjunto connosco identificam algum problema, atendendo por exemplo à etapa do ciclo vital em que estejam, ou se forem uns pais que acabaram de ter um bebé, ou seja e no fundo aqueles conteúdos que foram transmitidos na Pós-graduação são úteis e são possíveis de se implementarem na prática.

Agora, a grande ... digamos, mas isso lá está, no fundo não é em si na Pós-graduação porque a especialidade se calhar já vem colmatar um bocadinho isto que eu vou dizer que é a questão de: nós pormos em prática estes saberes mas termos alguém a supervisionar e a dizer, pronto, porque podemos tentar não estar a pôr em prática da maneira mais correta, não é!? porque, ..., mas isso já não tem propriamente a ver com a Pós-graduação em si nem com o formato dela não é!? Pronto, porque no fundo isso seria uma parte mais prática, não sei se há alguns... não a Pós-graduação, mas em Mestrado tem alguns estágios em que as pessoas depois têm a oportunidade de pôr em prática esses saberes não é!?

A – Mas por exemplo o perfil de competências que adquiriu com o curso certo (porque nós saímos de um curso com algumas competências), essas competências que adquiriu é possível dizer: eu agora já tenho competências em enfermagem de saúde familiar?

P – Sim, sim, neste momento já vejo ... já presto cuidados à família diferentes de uma forma que tinha anteriormente, não é!?!; anteriormente a família era um parceiro, basicamente em si era um parceiro na prestação de cuidados aos elementos desta família não é!?, e agora já vemos a família como uma unidade de cuidados, eu acho que isto ... não é por aí, já dita as competências que adquirimos nesta Pós-graduação, não é!?

A – Já há diferenças... então, então as repercussões a nível profissional que teve este curso descreve-as como? No seu entendimento quais foram as repercussões que esta formação lhe permitiu ter?

Silêncio...

P – É assim, ... neste momento permitiu, permitiu olhar a família com outros olhos, que é mesmo assim, não é!?, como eu estava a dizer, ver a família como uma unidade de cuidados em que nós podemos intervir em que haverá ali problemas em que haverá a possibilidade de obter ganhos em saúde não é!?

Eh, no fundo termos ali algo novo porque é ali como eu disse, nós basicamente tínhamos colegas que não fizeram a Pós-graduação não é!?!; e vamos conversando ... ver a família unicamente como parceira, mas no fundo eles estão a prestar cuidados ao indivíduo não é!?! Ao elemento daquela família ...

A – Pois era aí que eu queria chegar...

P – E no fundo, e no fundo, eh, quem faz esta Pós-graduação já está a um nível diferente não é!?! Ou seja, já intervém na família de um modo, pronto, totalmente diferente, é ali o nosso alvo de cuidados, aliás é o que está previsto na especialidade, no fundo, é o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar é ter a família, cuidar dela, digamos, mas como uma unidade de cuidados, e não como parceira para ..., pronto, e acho que isto foi logo uma das repercussões imediatas que teve esta Pós-graduação.

A – Mas então, o enfermeiro Hélder trabalha numa unidade de saúde familiar ou não? Não? Não sei...

P – Sim, sim, sim, sim, sim, sim.

A – Trabalha. E...

P – Trabalho e já trabalho há uns anos.

A – Desde 2004!

P – Ou seja, e foram-nos atribuídas várias famílias, não é!?, nós trabalhamos por áreas geográficas, foram atribuídas várias famílias ...

A – Exatamente!

P – E pronto, no fundo, o ..., esta Pós-graduação, como eu digo, veio, veio otimizar, otimizar e no fundo transformar também, o trabalho com as famílias porque nós basicamente tínhamos uma lista de utentes atribuída, uma lista de famílias, mas o trabalho anda muito à volta, ou andava muito à volta do elemento da família e não da família, pronto, digamos.

A – Exatamente a família como indivíduo, que era aquilo que o enfermeiro Hélder estava a dizer, andava à volta da família como um indivíduo e não como um todo, como ...como a família inserida nos seus contextos, com as suas relações, não é?

P – Sim, sim, sim.

A – E... e...e a formação permitiu-lhe ter esta perspetiva já um bocadinho alargada, é isso que me está a querer dizer?

P – Sim, uma perspetiva mais alargada e ver a família, no fundo, pronto, como ser ali o nosso alvo de intervenção, em que é um sistema que é composto por vários subsistemas que interage com outros sistemas, eh, e isso de certa maneira..., mas é curioso que mesmo por parte dos utentes eles não estão muito habituados a este nível de cuidados.

Ou seja, quando vamos junto com a família conversar, eles ficam assim um bocadinho...não é!? Porque, eh ... basicamente estão mais familiarizados com a prestação ao indivíduo, não é!?

A – Com o modelo biomédico!

P – Chega ali precisa de um tratamento, ou precisa de uma consulta de diabetes... não é?

A – Estão colados ao modelo biomédico, sim.

P – Eh, e de certa maneira também é algo novo para eles, não é? Tentarem ...

A – Então ...

P – Às vezes até eles verem-se como uma família, pronto, em que poderá haver ali problemas que em conjunto se possa resolver, não é? Ou seja, que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem, aquilo que nós aprendemos a nível do “Modelo Dinâmico”.

A – Portanto situa-os muito colados ainda ao modelo biomédico, é isso?

P – Eh ... o modelo biomédico, mas de certa maneira é mais não a família como unidade de cuidados, como eu digo, mas a família está ali basicamente como a ser parceira de cuidados, no caso de termos alguém dependente a nível do auto cuidado, mas não a família como se fosse um só, como um sistema, pronto, como ...mas no fundo as pessoas estão mais familiarizadas: olha o elemento A precisa de um penso, o elemento B é diabético e precisa de uma consulta de diabetes, o elemento C é uma criança tem uma consulta de saúde infantil ou seja, vêm mais assim em termos individuais, e não, ... isso também é novo para eles, pelo menos é a sensação que eu tenho. É preciso também ...

A – Então, mas estas dinâmicas, ... exatamente, cada família tem as suas dinâmicas, como disse e bem, é preciso, se calhar, uma família que abarca o ciclo vital, não é!?, porque as necessidades de saúde são diferentes, certo!?

P – Sim, sim, sim, sim.

A – Em termos de transições e da própria família em si. E depois temos as dinâmicas do seu serviço que, parto do pressuposto que tem que fazer aquela consulta naquele X tempo, e para além disso tem a sua ... as suas necessidades de serviço: é preciso fazer, sei lá, digo eu, o seu desempenho para ... que vai muito para além só da consulta também não é!?

P – Sim, sim, sim, sim.

A – Como é que articula estas dinâmicas familiares com as dinâmicas de serviço na lógica da organização onde está inserido; portanto, é preciso prestar cuidados, é preciso trabalhar com as famílias, é preciso dar resposta às necessidades do centro de saúde onde está inserido, como é que isto se articula, como é que vê isto, fiz-me entender na questão?

P – É assim há ...penso que sim, penso que sim. É assim, uma consulta de enfermagem a uma família tem uma dinâmica diferente de uma consulta a um elemento da família seja porque motivo for, não é?

A – Hum, Hum!

P – E no fundo, as dificuldades que eu tenho sentido, não sei se, bem ... pronto se interessa essa questão das dificuldades ... tem a ver com a ... em termos de espaço ou de tempo para conseguirmos, porque como eu digo, enquanto uma consulta a um elemento da família, seja porque motivo for, dez, vinte minutos, uma consulta a uma família, não é? É impensável fazer-se nesse tempo, não é?

A – Exatamente (risos).

P – Uma das dificuldades que realmente tenho tido e no fundo é encontrar o espaço para as consultas familiares, no fundo as consultas da família, no meu... no meu dia a dia, tem a ver mesmo com essa questão do tempo, ou seja, às vezes tem que ser muito bem preparada para conseguir, não é, implementar o que tinha previsto para aquela consulta porque isso para mim é uma das principais dificuldades e que não é fácil, não é? Não é fácil.

A – Exatamente!

P – Não temos consultas de equipa, temos salas partilhadas, ou seja, não tenho um gabinete para mim e, no fundo, portanto, é ... tudo acaba por se tornar um pouco mais complicado ... arranjar ali um espaço para ..., mas é uma questão de nós, pronto, tentarmos previamente e com algum tempo, programar as consultas, não é? Agora, eu reconheço que é mais fácil no âmbito de uma, sei lá, de uma consulta do foro agudo dar resposta a um elemento da família do que aparecer lá uma família com problemas e darmos resposta àquela família, não sei se me está a entender?

A – Sim, sim, sim! Exatamente.

P – Ou seja, é muito mais complicado!

A – E como é que os seus colegas vêm esta perspetiva que tem, eh, sobre a forma de chegar às famílias? Ou seja, fez a formação, considera que essa formação teve

repercussão na sua prática, como é que os colegas que não ...ou fizeram todos a formação como o enfermeiro Hélder?

P – Não, não! Aconselhei (até é uma das questões que tinha no questionário), aconselhei aos colegas, no fundo, a fazerem essa formação porque iam ter uma perspetiva totalmente diferente da saúde familiar e, no fundo, o enfermeiro de família, não é? E no fundo eles de certa maneira, também já fui partilhando um bocadinho ao longo da, ao longo da ...como é que hei-de dizer? Da Pós-graduação, aquilo que ia aprendendo, ou seja, não foi: olha concluí esta Pós-graduação e agora isto, isto e isto ...ou seja, já algumas coisas fui partilhando não era novidade para eles, até porque eles também mostraram interesse tanto como a colega já está neste momento também a concluir que eu fiz esta Pós-graduação...

A – Claro!

P – Mas digamos, já veem, pronto, veem com novas competências, a fazer algo que eles também vão gostar de fazer, penso eu, eh...

A – Mas já implementam? Essas diferenças já estão a implementar essas novas ... esse novo olhar, esse novo sentido que o enfermeiro Hélder tem sobre as famílias, eh, ... e que os passa, de certa forma, aos seus colegas, eh, eles já fazem também, têm impacto na sua unidade funcional, já têm impacto?

P – Não, é assim, eu creio que quando, quando todos tivermos a especialidade, até porque nenhum colega que está lá tem a especialidade ... sei que há algumas unidades que têm colegas de saúde materna, de saúde infantil, e por aí adiante, mas ali os colegas até estão a perspetivar também tirar enfermagem de saúde familiar. Eu penso que quando todos tivermos, eh... digamos, eh, com essas competências e a pô-los, digamos, em prática, demonstrar essas competências, que acho que vai-se notar mais.

Neste momento, não é só umas das minhas famílias que, no fundo, já viram que há ali um nível de cuidados diferentes, já não é aquela... pronto, é com o que as pessoas estão muito familiarizadas para... aquilo que eu estava a dizer há pouco para a saúde individual e quando é, quando falamos em família, basicamente é quando precisamos da colaboração da família para alguma das necessidades, digamos, na prestação ao indivíduo; e de certa maneira é como eu digo, de algumas famílias minhas, digamos, já experienciaram outro nível do cuidado, não é, e ..., mas eu acho que em termos de impacto é preciso algo mais, não é só um enfermeiro com algumas consultas que se vá notar impacto da ... na minha unidade de saúde.

A – Sim! E essas competências que o enfermeiro tem, quais é que destaca mais para lhe possibilitar, eh, eh ... dizer que já tem uma abordagem diferente que adveio do curso, que competências é que destacaria, se é que se pode lembrar, mas ..., mas a nível cognitivo obviamente, certo, e relacional pelo aquilo que eu estou a perceber, não é!? Eh ...

P – Sim, sim, mas é ... as competências é reconhecer a família como um sistema, pronto, complexo que tem as suas propriedades, digamos, eh, ...e que de certa maneira ... eu agora estava-me a tentar lembrar, mas, ... até na definição que de certa maneira lhes dá, pronto, lhes dá, a sua autenticidade, digamos; depois também reconhecer a família como, pronto, como unidade em que está ... em transformação, digamos, com os estadios do ciclo vital eh, e ... cada estadios tem os seus desafios, e muitas vezes eles, portanto também não estão a par, de fundo, desses desafios que surgem pela frente eh, ... portanto, ou seja, essas ... em termos de competências como seja assim

... olhando á parte... eh, depois claro que é pegar numa família e começar a fazer o genograma, a fazer o ecomapa, a fazer o ... pronto, a avaliação da família eh, ... também através do Grafar, ou seja, isso já foram competências que não tinha anteriormente, ferramentas que não sabia utilizar e agora, no fundo, eh, ... já as consigo pôr em prática, pronto, e em termos de... claro que, que existem outras que agora não me estou a recordar mas existem...

A – Sim, sim, sim. Mas com criatividade... sim, com a sua criatividade e ... e, se calhar, com empreendedorismo, digo eu não sei...eh...

P – Sim, sim, sim. Tem que ir sempre com essa vertente, não é!? Porque estamos a falar de...

A – No ético ... é isso que me está a dizer...que se tem ...

P – Porque estamos a falar de algo que, ..., portanto, que está ali a nascer, não é? Porque embora já se fale do conceito do enfermeiro de família á vários anos, mas a verdade é que, basicamente, têm uma série de famílias atribuídas e pouco mais, não é?

A – Mas, mas, mas...

P – E depois presta cuidados aos utentes daquelas famílias, e a Pós-graduação como eu digo, vem mudar um bocadinho a visão, que é prestar cuidados àquela família e não aos indivíduos...pronto, não sei se está a entender!

A – ... que a compõem, aos indivíduos que a compõem, não é?

P – Sim, sim, sim.

A – Mas ..., mas já conseguiu que os colegas também tenham esse olhar ainda que sem a formação, ou não?

P – É complicado. Na minha opinião, é complicado até porque a formação transmite uma serie de saberes que eles não, não os têm ... não é!? E é complicado para eles perceberem a família como unidade de cuidados sem perceber que a família, pronto, em que é um sistema, que é composta por vários subsistemas, que se integra noutros sistemas ...eh, pronto

A – Claro!

P – Ou seja, e estamos a falar só da teoria geral dos sistemas...pronto, que é uma das, ...dos referenciais teóricos do “Modelo”, ou seja, acho que para eles é complicado eh, no fundo, ver a família como unidade de cuidados, eh ... sem fazer esta formação.

A – Mas ..., mas oh enfermeiro Hélder, há bocado quando me estava a dizer eh, eh, pronto ok...é óbvio que fez o curso e foi em formato e-learning; aqui os colegas é diferente..., mas por exemplo, mesmo com os seus colegas de formação ...vocês conseguiam por exemplo, eh, quando estavam a fazer o curso trocar opiniões, trocar dúvidas, trocar ... não é!?, Porque isto suscita um novo olhar também a vocês quando fizeram a formação tinham dúvidas ou, ou ... não é?

P – É assim, nós... nós enquanto formandos, tivemos algumas sessões Skype, embora, embora como eu estava a dizer, o...a operacionalização porque uma coisa é estarmos no, na vertente conceptual e outra coisa é depois avançarmos para o terreno e pôr em prática novos saberes, novas competências e depois ...eh, refletir sobre elas, não é!?

A – Exatamente!

P – E no fundo, e no fundo ... creio que a parte da operacionalização ... embora tivemos a oportunidade de... eh, ..., mas eu acredito que era um dos trabalhos que a Professora queria fazer que era juntar e ter esse momento de partilha ..., mas nunca chegamos a juntar, eh, ... que era um momento de partilha, pronto, não só pelo trabalho mas também ao mesmo tempo, se nós começássemos a pôr, não é?, nos nossos, os vários formandos nos seus diversos locais de trabalho comessem a pôr em prática esses nossos saberes e competências também para discutirmos não é? Porque, isto é, como tudo, não é? Ou seja, duas pessoas que tiram o mesmo curso podem não estar a, ... no fundo a demonstrar os saberes e competências da mesma maneira, não é?

A – Exatamente!

P – E não quer dizer ... pronto, ...e seria interessante do meu ponto de vista, esse momento de partilha, mas, digamos, termos, pronto, reunirmos e aliás era o que estava previsto inicialmente, mas não houve oportunidade... ainda penso que ... futuramente possa haver...

A – Houve uma colega que me falou que tinham um fórum ... ou seja, uma plataforma onde podiam os colegas partilhar... quando foi a sua especialidade ..., a sua formação, existia esse fórum ou não? Onde os colegas pudessem expor as suas dúvidas, partilhar conhecimento...não?

P – Não, não, não. Eu desconheço! Mas ...

A – Porque foi em 2013, não foi? Foi muito cedo, logo ...

P – Não, fiz, fiz em 2016.

A – Ah, 2016!

P – 2016! Mas ...

A – Fiquei confusa!

P – Digamos ... o único momento assim de partilha e que nós tivemos foi mesmo, pronto, era as sessões pelo Skype que tínhamos com a Professora e depois estavam presentes os vários elementos e íamos, não é, partilhando cada um as suas ..., mas era, era mais ... isso foi no fundo a dinâmica ao longo do curso era mais sobre determinado, pronto, sobre determinado módulo que estaríamos a ...

A – A desenvolver na altura...

P – A desenvolver na altura e não assim, digamos, no nosso dia-a-dia na implementação do, da, do que aprendemos na Pós-graduação, que isso também era interessante!

A – Mas quando esses momentos existiam era possível questionar as práticas? Ou seja, como é que eu faço isto, como é que eu faço aquilo como é que eu implemento isto ...

P – Sim, sim, sim. Eh... É... no fundo, ... agora não me estou a lembrar assim em concreto de... de pronto, com detalhe determinada situação, mas recordo-me perfeitamente de eh... da Professora dizer: vocês depois vão fazer, vão implementar desta maneira, vão fazer assim, pronto, ... tentar perceber como é que íamos eh, ... no fundo aplicar na prática...

A – Agir, não é?

P – Não é? Aqueles saberes que estavam a ser transmitidos e isso, de certa maneira foi, foi, ..., penso eu que se conseguiu fazer, digamos, numa vista fracionada ... eh, ao longo conforme os módulos iam sendo desenvolvidos; nesse aspeto acho que se conseguiu mesmo em conjunto as pessoas participavam nas sessões, acho que se conseguiu fazer! Agora assim como um todo, pegar num conjunto de, dos vários saberes e das competências adquiridas é como eu digo, é aquela questão, do último, do último ou do penúltimo módulo da operacionalização do “Modelo”.

A – Da entrevista, não é? Da, da entrevista sistémica é isso que me está a dizer?

P – Não esse é o último, a entrevista sistémica! É o...a operacionalização do Modelo Dinâmico da Avaliação e Intervenção... que ... porque aí, no fundo, é pegar em tudo o que nós aprendemos para trás e pôr em prática, não é? Eh, ... pronto, mas aí não houve muito ... até por questões temporais porque um dos problemas do e-learning é a liberdade na aprendizagem e depois tem um efeito, eh, que é, de certa maneira se não tivermos algum cuidado, o tempo passa e depois torna-se mais complicado.

A – Mas, mas então para terminarmos e para validarmos só aqui também só duas ... dois tópicos que eu queria validar consigo...

P – Diga, diga!

A – Tem que ver com a transferência de saberes e com o impacto que teve... assim, só para resumir o que é que podemos concluir então deste curso?

P – É assim, podemos concluir, eh, aquisição de novas competências, no âmbito da saúde familiar e , no fundo, fazer a diferença no trabalho com as famílias, eh, pronto e assim por isso como eu digo pelos colegas também ainda não tiveram oportunidade de fazer a, de fazer a Pós-graduação mas realmente nota-se que, pronto, que há um cuidado diferente, a tal visão da família como unidade de cuidados e tudo o que advém a partir daí, eh, e acho que é realmente é essa, são os grandes impactos da,... desta, desta Pós-graduação.

A – Pronto e, e, e bem, ainda bem! Mas considera também que o enfermeiro não se esgota neste, neste saber, ou seja, enquanto enfermeiro do centro de saúde com as suas famílias tem outros, outros, eh, é chamado a desenvolver outras funções que não só a enfermagem de saúde familiar, certo?

P – Certo, certo, certo. Aliás como eu disse há pouco, um dos grandes desafios, um dos grandes desafios penso que será realmente o, o enfermeiro encontrar um espaço eh, que permita trabalhar a saúde familiar e quando eu digo um espaço é realmente ter, no fundo, em todo o conjunto de tarefas que temos, que temos que desempenhar na unidade realmente espaço para fazer isso.

A – Exatamente! Mas que ainda não conseguimos fazer é isso?

Interrupção a pedido do inquirido por motivos de entrada do seu filho...

Já estamos também a terminar...

P – O que eu lhe estava a dizer... acho que o, o, no fundo, é, é, é a saúde familiar a, pronto, ... a encontrar o seu espaço e certamente que acho que daqui a cinco anos (um supor) que já, já temos um nível de cuidados em termos de saúde familiar com maior presença do que aquilo que existe atualmente, não é? Pronto, se todas as pessoas, não é? Estou a idealizar que na minha unidade, por exemplo, todos temos a especialidade ou Pós-graduação, mas espero eu a especialidade, certamente que ... que...

A – E que aí haja um novo sentido?

P – Sim, sim, sim. Sim, sim. E de certa maneira a saúde familiar vai ocupar mais do que aquilo que ocupa atualmente. A mim já me ocupa mais do que há dois anos atrás, antes da Pós-graduação, mas acredito que tenha espaço para crescer. Mas acho que os colegas certamente que ... pronto, porque nós, neste momento é mais âmbito cuidados gerais, não é? Ou seja, atendendo aquilo que se faz do que propriamente... embora nós somos enfermeiros de família, mas isso...no fundo é outra discussão ...

A – Pois!

P – Porque, não é? É que enfermeiro de família e enfermeiro especialista em saúde familiar podem não ser a mesma coisa! Mas isso são outras questões!

A – Exatamente, exatamente! Olhe enfermeiro Hélder, eu acho que me respondeu a todas as questões que eu pelo menos queria ver aqui espelhadas.

P – Ok!

A – Resta-me ...acho que não demorei muito, acho que consegui em meia hora...

P – É em meia horinha conseguimos...

A – Fazemos, fazemos aqui esta gravação...espero não o incomodar mais...

Participante 3

Habilitações académicas - Licenciatura

Categoria na profissão - Enfermeiro

Data de entrevista: 02-07-2018

Entrevistador: Aldina

A – Então Júlia, viu o consentimento não viu Júlia?

P – Vi.

A – Pronto, e como lhe disse, só para contextualizar um bocadinho: eu apesar de eu ser enfermeira, tirei Ciências da Educação e estou a fazer Mestrado; neste momento, estou a trabalhar com a Professora Henriqueta no sentido de tentar perceber... no fundo é fazer uma avaliação do curso e perceber como é que o curso que fez qual é o impacto que ele tem na sua transferência para a clínica. Basicamente é isto.

Pronto. E neste sentido, e começando a entrevista, que vai um bocadinho na linha daquilo que o questionário também questiona, e que é no fundo tentar perceber, se se recordar quando foi formanda, como é que viu os temas, de que forma é que eles fizeram sentido e foram pertinentes relativamente ao curso que fez.

P – Ok; quando eu vi o plano curricular, quando nós tínhamos todos os tópicos para as unidades curriculares, e numa primeira fase, na fase inicial, não me disseram logo muito para dizer a verdade. Porque eu tinha teorias dos sistemas, eram temas que eu não reconhecia na minha prática nem no meu discurso do dia a dia nem com as pessoas com quem eu conversava; então logo aí, no início eu achei que poderia ser um bocadinho estranho, se calhar não ia ter nada a ver com aquilo que eu estava a imaginar e até mesmo com a área em si. Depois, de os...de passar por eles, portanto, depois, de realmente, principalmente na fase inicial, depois todos eles fizeram muito sentido naquilo que era a formação, naquilo que se pretende para a prática clínica, fizeram muito sentido.

Os primeiros, principalmente, o primeiro módulo foi para mim aquele que me trouxe mais incerteza naquilo que eu iria encontrar, mas depois revelaram-se fundamentais porque passou por contextualizar também a formação, passou por contextualizar também a evolução dos cuidados de saúde primários, porque a certa altura conseguimos perceber que falava muito sobre a forma do que foi acontecendo ao longo do tempo nos cuidados de saúde primários, e contextualizou conceitos, que a mim alguns estavam esquecidos da licenciatura e outros até que eu não conhecia, nunca os tinha abordado dessa forma e portanto... confesso até que na parte final do curso, esses mesmos temas que me causaram assim mais desconfiança no início, foram muitos dos que eu utilizei para os trabalhos até finais porque fizeram todo o sentido, acho até que foi a base, e fez sentido eles aparecerem logo ali de início, e fez sentido para depois, mais tarde. Portanto, acho que foi mais a fase inicial porque foi um contexto, uma coisa mais teórica, mas que fez sentido, e veio a fazer muito sentido até durante o curso.

A – E que sentido Júlia é que atribui ao percurso de toda a formação que fez, enquanto pessoa e enquanto profissional, ou seja, porque realiza diariamente funções, não é, no seu contexto de trabalho, que sentido é que vê a formação para o seu contexto de trabalho?

P – É assim: para mim mudou até enquanto pessoa e profissional houve algumas mudanças de facto. Primeiro, porque, não sei se é primeiro, mas passam-nos muito a ideia aquando das licenciaturas da visão holística, não é?!, do utente, da família, enfim; mas depois quando vamos para a prática, por mais que o queiramos ter isso em atenção, não estamos a ser verdadeiros com a palavra holística, eu acho. Não conseguimos! Por limitações do sistema, mesmo da forma como a saúde está organizada, como nos são exigidos determinados ... determinada prática vá lá, a nossa atuação fica um bocadinho condicionada. Então acho que a visão holística perde-se ali um bocadinho. E então esta formação levou-me a perceber que a visão holística não é..., é... é realmente conhecer a família, conhecer o utente; todos em conjunto, mas também, ou seja, é... a família é o foco, é a unidade de cuidados, (não é?!), e o foco é tanto no utente como um todo, mas também como na família, (não é?!), individualmente, como os membros da família individualmente, e por isso faz todo o sentido e, sendo uma enfermeira de família, numa unidade de saúde familiar, conhecer, de facto, a família. A família não existe só dentro do meu centro de saúde, dentro daquelas paredes, existe também em casa, e vem de casa, e vem dos locais de trabalho e acredito que a formação nesse sentido, me abriu mais essa visão para mais dimensões do utente e da família. E ao mesmo tempo enquanto pessoa, percebi que realmente tinha muito mais a dar e a ganhar ao também ser, ao ter essa visão mais global da família, acho que é por aí... não sei se me fiz entender! Mas acho que é isto.

A – Sim. E então em termos de repercussões pessoais e profissionais? O que é que pode sintetizar assim... daquilo que me disse?

P – Hum...

A – Ou não, pode acrescentar outras coisas...

P – Sim! Em termos profissionais, eu acho que passei a abordar um bocadinho de forma diferente; confesso que talvez tenha mantido esta minha forma de abordar durante aquela altura, foi tipo um “click”. Se calhar hoje em dia, voltei a perder um bocadinho, fruto das exigências diárias, enfim, dos condicionantes todos que envolvem um dia de trabalho, mas a abordagem ao utente já foi diferente; naquela altura despertou-me para outras dimensões passei a ver, ou, a ter outros focos de atenção no utente e isso notou-se porque eu elaborei diferentes diagnósticos de enfermagem, que se calhar passaram sempre pelos mesmos, e depois com a formação eu conseguia ir explorar a árvore da CIPE e ia tentar fazer sempre mais, em termos de elaboração de diagnóstico. E aí, ajudou porque automaticamente obriga-me a estar mais atenta e obriga-me a pesquisar mais e a saber mais sobre aquele utente. Portanto, profissionalmente já a minha abordagem ao utente foi diferente, acho que a elaboração de diagnósticos passaram por diagnósticos novos...hum ... e pessoalmente senti-me se calhar mais realizada naquilo que eu idealizava como enfermeira de família que é no fundo conhecer efetivamente a família, conhecer o ambiente familiar, conhecer o utente, dentro do centro de saúde, mas fora dele também, conhecer tudo aquilo que o envolve. Temos um privilégio de viver... de estar junto deles, (não é?!), nos cuidados de saúde primários, e às vezes dispensamo-lo. Sem esse privilégio. E então acho que aí eu senti-me muito mais útil e senti-me mais naquilo que eu considero ser enfermeira de família; estava mais presente, conhecia melhor, acho que é por aí.

A – Então e como enfermeira de família que é, na sua unidade funcional, quando fez o curso teve então... as aprendizagens que fez, foi possível ou não estabelecer uma relação entre aquilo que faz e aquilo que estava a aprender? Foi possível?

P – Para mim foi. Hê... eu fiz ... confesso que teve de ser ... por dedicação daquele momento de o fazer. Isto porquê? Eu consegui transportar muito do que eu aprendi para os meus utentes em gabinete, (não é?!). Muitas das vezes no domicílio eu consegui chegar a casa das pessoas e perceber, e tentar perceber, as questões sanitárias; se calhar antes não dava tanta ... não é dar importância, atenção! Mas é às vezes não ter aquele click no imediato de avaliar questões ... até mais práticas.

A – Sim, não estar vigilante, não estar atenta.

P – Sim e eu ... isso sim, eu consegui transpor efetivamente muito do que eu aprendi para a minha prática. Se perduraram no tempo, isso é outra questão, porque efetivamente é difícil, porque o sistema não nos permite! Eu continuo a dizer sempre a mesmo, mas é verdade: hoje em dia não nos é permitido ser realmente enfermeiros, e ser enfermeiros de família, eu acho. Mudou-se, evoluiu-se para melhor, fez-se muito pela enfermagem enquanto ciência, enquanto tudo, muito, mas a realidade é que as exigências condicionam muito a nossa, a nossa prática clínica e ..., mas eu conseguia transpor, sem dúvida nenhuma, o que eu aprendi com a minha prática, mas porque eu procurei mesmo fazer.

A – Ah, mas isto leva a uma outra questão que é: enquanto enfermeira (que é isso que eu acho que me está a querer dizer) enquanto enfermeira de saúde, enfermeira de família, na sua unidade funcional com os constrangimentos (ou não), ou seja, tem as dinâmicas familiares e tem que dar resposta a essas dinâmicas; tem as dinâmicas de serviço e tem que dar resposta às dinâmicas de serviço. Como é que se estabelece a relação entre estas duas dinâmicas? Porque como enfermeira da sua instituição, considera que o trabalho de enfermagem de saúde familiar é aquilo que estrutura o seu trabalho como enfermeira? Fiz-me entender?

P – Fez, acho que sim. Eu tento que seja isso, ou seja, que estruture o meu trabalho enquanto enfermeira (não é?!), de acordo com aquilo que são as competências, (não é?! para, ou o que seria de esperar para a enfermeira de família; é isso que eu tente que estruture o meu trabalho enquanto enfermeira na minha unidade. Nem sempre, de facto, é possível com as dinâmicas que falávamos dos serviços; portanto, eu não acho que seja impossível de o fazer, mas enquanto houver muito foco em coisas ... nós vamos a ver, não sei se tem interesse ou não, eu também dizer, ou se faz diferença ou não eu dizer ..., mas é verdade: como nós temos e como nós somos avaliados por indicadores e os indicadores em si são tão estranhos, que eu não me revejo na enfermagem em metade deles ...

A – Portanto, trabalhamos para os indicadores e não para os utentes!

P – É, e eu não gosto dessa enfermagem! (risos). Para dizer a verdade! É muito desonesto. É muito de coração.

E então acho que isso impossibilita esta ..., o trazer daquilo que eu aprendi para a minha prática do dia, aquilo que eu acho que é uma enfermeira de família, que eu gostava que estruturasse a minha forma de fazer enfermagem, neste momento, está bastante condicionada porque realmente, se formos a ver os próprios indicadores para as unidades, não se encontra muita coisa, (não é?!). É muito os gastos, é muito os custos, é muito o número.

Ao nível da prevenção primária há realmente interesse em que isso seja feito, mais a nível da vacinação, mas tudo o resto ..., há muito centra ... o foco é muito ... o número e menos o utente. E isso... sem querer acho que até gera, no meu caso pessoal, alguma

frustração. Não é alguma... até é muita, às vezes. Honestamente. Que é o que eu digo: eu sempre quis ser enfermeira, adoro ser enfermeira, mas não gosto da enfermagem que eu faço atualmente. Acho que ela poderia ser feita de outra forma, acho que com aquela formação que eu fiz com o curso, percebi isso francamente, é possível de ser feito, mas teria que haver realmente mudanças na organização dos serviços eu acho.

A – E essa mudança, passa por quê Júlia?

P – Hê... acho que passa por descentralizar, continuo a achar eu, o foco nos indicadores, nos números, e passar mais a perceber o que é realmente, o que é que são os cuidados de saúde primários, toda a reforma que eles foram sofrendo para o sentido de estar mais próximo da comunidade, hê ... e que na verdade não está a ser, nós queremos que os utentes até venham às nossas unidades mas depois hê... aquilo que temos para lhes dar é muito em curto em espaço de tempo hê... enfim. Eu acho que tem que mudar mesmo o próprio conceito dos Aces ou alguma coisa aqui que tem, que passa pela, hê... eu acho que é mesmo organizacional não sei se posso dizer assim, eu não consigo fazer-me explicar...

A – Ou seja a sua organização, a organização dos cuidados de saúde primários não está hê... não está hê... a investir, digamos, naquilo que é as competências do enfermeiro de saúde familiar? É isso?

P – É isso.

A – Então eu coloco outra questão: o facto de ter feito o curso, trouxe-lhe competências, e, essas competências no seu entendimento são quais? São competências quê? Ou melhor: fez o curso e diz: pronto agora já sou competente na enfermagem de saúde familiar, é isto? Obviamente... Que não certo? A gente não sai ... pronto.

P – Não.

A – Mas sente-se mais competente para desempenhar o seu papel junto daquilo que é ...

P – Sinto.

A – ... A família.

P – Sim.

A – Agora a minha questão é esta: a Júlia fez o curso, houve mais alguém da sua unidade que o fez?

P – Não.

A – Então, estando a Júlia com competência em enfermagem de saúde familiar, considera então que para essa mudança coletiva da sua equipa...

P – Todos o deveriam fazer (risos) Todos o deveriam fazer.

A – Todos os enfermeiros da sua unidade deveriam fazer o curso, portanto essa é a sua 1ª conclusão. Deveriam fazer a formação pelo menos, certo?

P – Sim, sim, sim aliás eu partilhei muito com eles, até daquilo que fui aprendendo até porque eu também tinha necessidade de o fazer porque eu não tinha assim no imediato ninguém com quem trocar às vezes o que aprendia, as dúvidas até muitas vezes logo no imediato.

Acho que eles ficaram aguçados pela curiosidade, mas depois... há aqui uma falta não sei, ... as pessoas ficam numa zona de conforto ... e às vezes a zona de conforto é o nosso maior inimigo porque não nos permite mudar, reivindicar, procurar fazer melhor e não! Se calhar, as pessoas ficaram por ali. Mas acho que poderia ser uma das conclusões realmente da mudança ou parte dela. Poderia partir também de forma individual, portanto, eu se quiser ser melhor também posso e tentar sempre fazer melhor, mas se calhar se todos optassem por fazer seria realmente um bom investimento na formação enquanto enfermeira de cuidados de saúde primários.

A – Mas a verdade, a verdade também é que enquanto a Júlia faz o questionamento da sua prática, certo?!, aquilo que faz, porque é que faz, com que faz, se calhar é por isso que interpreta um novo sentido que imputa á sua prática, certo!? E que a leva à tal mudança...

P – Mudança, sim.

A – Não é? E que lhe permite mudar a sua forma de estar e sentir a sua profissão neste âmbito, certo?!, na enfermagem de saúde familiar. A mudança coletiva implica outras coisas em que o sentido, não é!?, o sentido ... tem que fazer sentido para os outros também.

P – Percebo, percebo isso sim, percebo isso. Tem de fazer sentido de facto.

A – Não é? Agora. Aquilo que eu lhe questionava á bocado é: Como é que a sua organização, ou seja, o enfermeiro não se esgota naquilo que é o seu papel no centro de saúde, ou seja, o enfermeiro tem que dar resposta às famílias, tem que dar resposta às dinâmicas de serviço, o enfermeiro tem que colaborar com o médico, o enfermeiro tem de fazer montes de coisas. E a questão é como é que isto se relaciona, como é que isto emerge, não é?

P – Hum, hum.

A – Como é, o é que a Júlia acha? A bocado estava-me a dizer: de facto, a organização dos cuidados de saúde primários não está direccionada neste sentido, não está pensada neste sentido.

P – Sim...

A – É isso?

P – Eu continuo a achar que tem muita a..., eu... pelo menos é o que eu sinto, e posso transportar dessa forma: eu continuo sempre a insistir um pouquinho nisso, mas acho que tem muito a ver, até pela própria, os próprios registos, com as próprias intervenções que estão ... dos click que as pessoas têm de fazer, e vêm logo desanimados por todo esse sistema de registo. Eu acho que é ..., eu vejo a enfermagem de uma forma muito simples: de ir direto ao utente, e então acho que, se calhar, eu sinto que a minha ..., a prisão da mudança está condicionada nesta questão, de indicadores, das exigências.

Eu não consigo, às vezes é isso mesmo, eu tenho dificuldades às vezes em expressar o que é que realmente deve ser feito para que isto ... continuo a achar que, de facto, a formação, pronto, tem de ser individual, se calhar tem que fazer sentido, certo que sim, mas naquilo que são os cuidados de saúde primários eu acho que ainda não está bem claro, se calhar o que é que é mais importante no trabalho, se é o utente, se são ... eu acho que eu tenho dificuldade em fazer-me expressar nesse sentido. Eu percebo o que é que eu gostaria de ver! Não consigo se calhar visualizar o que tem que ser feito até

chegarmos lá ..., mas se calhar eu não consigo dar uma melhor resposta mesmo para isso; perceber o que é que pode mudar... pronto, efetivamente, não é!?

A – Mas a Júlia à bocado disse-me que depois de fazer a formação que transferiu saberes para a sua prática, conseguiu essa transferência ou não?

P – Sim. Sim, eu consegui transferir até pela questão, como eu disse, que passei a ter uma noção de várias dimensões do utente e da família, que consegui chegar, de facto, à elaboração também de diagnósticos diferentes porque também passei a explorar o nosso próprio programa, até o nosso simples sistema, (não é!?), o tipo de registos do Sclínico, com árvores de CIPE, eu consegui explorar muito mais porque eu acho que nós ficamos tão condicionados só sempre ao mesmo, que não fazemos mais. E eu realmente com a formação ganhei outros horizontes, outra capacidade de poder, se calhar, ser mais, mais eficaz, mais ... conseguir abranger mais coisas em relação ao utente, mais focos de atenção, elaborar mais diagnósticos e com isso fazer outro tipo de plano, fazer outro tipo, (não é?!), de intervenção.

E isso eu consegui fazer, consegui transferir. Mas passou por aí, foi a minha forma de eu transferir saberes foi assim, não é?! Foi na elaboração, foi no diagnóstico, foi no reconhecer o utente e a família em outras dimensões que eu não conhecia, perceber que eu tenho ao meu alcance várias formas de avaliar as famílias, tenho instrumentos de avaliação, de ... e isso também ajudou, não é!? Acho que é, ... foi aí que eu consegui transferir os saberes.

A – Mas á bocado a Júlia estava-me a dizer que isso tinha sido mais na altura que tinha feito o curso, que agora que é difícil porque o sistema também não permite, porque tem que dar resposta aos indicadores, é isso?

P – Sim, porque tenho que dar resposta aos indicadores, basicamente é isso ... porque o tempo não ...

A – Porque tem X tempo para aquela consulta? O tempo, não é?

P – Porque ... Sim, sim, é o tempo, nós temos 15 minutos de atendimento para as pessoas, as pessoas estão a entrar, estão a sentar e já estamos quase com aquele sentido de quem já não vai ter muito tempo para as pessoas e não temos ... é muito mau... quando nós, até mesmo no conceito de domicílios, estamos a chegar a casa do utente e já estamos a dar a entender que não vamos ter muito tempo para ... para ouvir algum tipo de questão que ele tenha a mais do que aquilo que nós vamos lá fazer! E então, na minha transferência de saberes eu quando tinha que fazer, durante todo o processo de formação, que era a forma também de me manter ativa, e de perceber que realmente as coisas poderiam funcionar assim, na prática, dou resposta a indicadores por questões condicionantes de tempo, e depois também mesmo ao nível do registo em concreto....

Interrupções por dificuldades na videochamada e de sinal ...

Recuperámos a conversa, entretanto:

A – A Júlia estava-me a dizer que falta tempo, portanto, chega a casa dos utentes e eles conseguem perceber que não tem ..., que a Júlia não tem tempo para o tempo que eles precisam.

P – É verdade, sim ... exatamente. E então, isso é ... é frustrante. Mas até o próprio, ... aquilo que falávamos à bocado, a transferência, o manter aquela prática que eu percebi que funcionaria com certeza, a verdade é que não só o tempo como também o próprio registo, a própria parte operacional, quando nós elaboramos diagnósticos quando temos de fazer as nossas intervenções, também não temos muita coisa que justifique aquilo que nós efetivamente fazemos ao utente; nós vamos ver o papel parental por exemplo, e depois vamos procurar as várias, ou temos as várias intervenções que não aparecem, coisas que nós fizemos mas que não está, nem aparecem, sequer justificado, de forma operativa.

A – Que não é visível!

P – Sim que não é visível. E pronto! Claro que pessoalmente eu fico muito bem, profissionalmente também, mas aos olhos de quem vê, de quem vai avaliar não conseguem tirar (não é!?), uma avaliação ou uma conclusão da minha atividade.

A – Então, esses saberes, esses saberes são saberes tácitos, que o enfermeiro dispõe, certo, é uma questão tácita, nós temos saberes que transportamos connosco, temos saberes comunicacionais, certo, e como é que a sua unidade funcional promove estes saberes? Não promove?

P – (Risos). Ora bem: eu acho que eles dão uma abertura pelo menos para cada um de nós ser capaz de o fazer (não é!?), ou tentar pelo menos fazê-lo. Não acho de todo, por exemplo, que a minha unidade seja uma refém de indicadores; acho que existe uma liberdade para que cada um consiga manter as coisas ou tentar fazer a sua prática clínica da forma que melhor lhe parece, logicamente! Mas, há muitas exigências e acho que às vezes não é só diretamente da unidade funcional, é muito daquilo que é o agrupamento, das exigências que a própria ARS faz aos agrupamentos, que por sua vez vem-nos fazer a nós. Portanto, a unidade tem uma forma de trabalhar até que não me parece de todo refém de indicadores, isso é uma das coisas que até me vai fazendo manter ainda motivada no meu trabalho, mas efetivamente temos que dar respostas que vão constantemente, vão sendo pedidas, solicitadas, mas a unidade não consegue se calhar dar a melhor produção.

Mas acho que não depende só da unidade, acho que isto depende de tempos de consulta, depende dos indicadores que o próprio Aces faz; eles dizem por exemplo que nós temos de ter X domicílios, se nós justificarmos que isso até não, não acontece...até porque tem uma população ... eles não querem muito saber como nós obtemos aqueles domicílios, se é, se é que me faço entender... e acho isso do pior que há, perdoe-me a expressão! Mas eu não me sinto...

A – E é verdade!

P – Não me sinto, eu como pessoa, a mim, como enfermeira, não me sinto bem. A todo o custo para mim não vale!

A – Oh Júlia, mas para terminar ou pelo menos para fechar aqui uma questão que é em relação à formação que fez! A formação que fez ..., a Joana já me disse que considera que foi útil, que foi profícua porque lhe abriu horizontes, pelo menos foi isto que eu ...

P – Sim!

A – Foi isto que eu consegui perceber! Abriu horizontes, percebemos também que a mudança é individual, não foi coletiva sequer ...

P – Sim!

A – Agora, as competências que adquiriu como enfermeira de enfermagem de saúde familiar, como à bocado já tocámos um bocadinho, estrutura de facto, ou potencia estruturar o seu trabalho, potencia mas na verdade fica condicionada...

P – Aquém!

A – Fica muito aquém.

P – Fica.

A – Pronto. Se ... agora deslocando um bocadinho a esfera para a questão da formação que teve, independentemente, ... podemos ir aqui tocar um bocadinho no formato E-learning, foi em formato E-learning que fez?

P – Sim. Certo.

A – Certo! E esse formato E-learning permitiu-lhe, apesar de tudo, adquirir saber. Pronto. A questão que eu lhe pergunto é: independentemente de ser formato E-learning ou não, se fosse presencial por exemplo... eu acho que a questão aqui não era, ... não é a questão de ser formato E-learning ou não; a questão aqui é o saber adquirido é possível e foi possível fazendo a transferência para a clínica, certo? A questão aqui é o que é elenca como o formato E-learning qual foi a vantagem?

P – Pois, isso inclusivamente foi uma das coisas que me deixou a pensar: em que é que o formato E-learning teria realmente, não é!?, uma transferência de saber para ... nesta área (não é!); é assim, eu não ... eu acho que aquilo que foi a obrigar um bocadinho, ... eu não sei se terá muito a ver... eu mesmo inclusivamente quando vi a questão, achei que seria um pouquinho difícil de responder nesse sentido, porque o facto de existir um modelo, um formato que é em E-learning em que é que isso trás vantagem na área de formação em concreto?

Eu acho que eu não consigo entender uma relação direta, eu vou ser muito honesta! Ou muito ignorante na resposta, mas, ... a verdade é que eu acho que talvez pela pesquisa, talvez pelo obrigar a procurar e a ter uma capacidade de adaptação a um novo, ... uma nova forma de adquirir saber; acho que isso depois permite-nos também termos mais, sei lá, ... que na prática conseguirmos procurar ou sermos mais, se calhar, persistentes, não sei. Mas eu não consigo relacionar bem a questão. Quando me perguntam o que é que é o formato E-learning, tem diretamente em vantagem?! Inclusivamente, quando eu fiz a formação, o relatório crítico foi para discussão final, para a apresentação do relatório crítico de um estudo caso, e eu no relatório crítico, inclusivamente, ... no fundo foi a desvantagem que eu dei, foi sentir que o formato E-learning para mim não foi, ..., não se tornou muito fácil e inclusivamente eu disse isso na defesa do relatório, porque para mim é importante ver pessoas e falar diretamente e nas dúvidas que eu tenho de vê-las esclarecidas! Eu tive sempre muito apoio na coordenação, sempre foi possível e sempre que eu precisei, não tive dificuldades nesse sentido, mas eu não tinha com quem discutir, algo que eu parecia que eu estava a descobrir pela primeira vez na área da enfermagem honestamente! Porque a abordagem, de facto, foi profunda, foi complexa e então eu até achei que o formato E-learning para mim, não sei, não me disse isso mesmo. Achei que discutido em sala teria tido mais vantagem. Na altura deram muitos argumentos em contrário, inclusivamente colegas que fizeram também a formação, mas eu não consigo relacionar honestamente uma vantagem direta pelo facto de ser um formato E-learning como saber desta formação ... se alguém consegue tirar essa ilação, eu não consigo!

A – Mas a Júlia, quando fez a formação era possível, tinham algum fórum não tinham, onde pudessem colocar questões, onde pudessem partilhar experiências, trazer para debate ... ou faziam isso em conferência por vídeo, por Skype, por videochamada como é que era?

P – Eu mantive a minha formação... para mim eu mantive-a muito individual porque eu sou muito de falar e enfim ..., mas era possível, existia o fórum. Nós tínhamos acesso aos colegas que estavam a fazer formação poderíamos fazer em videoconferência, sim ... inclusivamente eu cheguei a fazer videoconferência com a Enfermeira, com a Professora Manuela na altura, e isso era possível! No entanto, se calhar, lá está, pode partir de cada um de nós e eu não me sentir tão à vontade para isso ...

A – Sim é uma experiência pessoal! Sim, era uma questão pessoal. Sim!

P – Sim, mas de resto era possível sim de fazer isso! Era sempre possível, aliás eu acho que a plataforma estava muito bem-criada, era muito intuitiva e era muito fácil de a percorrer; achei que ... mesmo todas as aulas, os lançamentos dos módulos, estava tudo nos tempos certos e era muito fácil de trabalhar na plataforma, muito intuitiva. Eu nunca tinha feito nada do género e não tive qualquer tipo de dificuldade e a abertura depois via e-mail, também era muito, ... a ligação, a comunicação não falhou! Realmente a partilha, para mim, faz-me mais sentido sempre cara a cara e sentir a presença, porque eu gosto muito mais de comunicar e gosto depois de ter a opinião dos outros no imediato e por isso fazia-me mais sentido, assim, em sala! No entanto, não posso dizer que, de facto, isso não irei repetir prejudicando alguma coisa em concreto claro.

A – Claro! Mas o que é que a levou então a fazer a formação?

P – Eu, ... foi mesmo uma motivação pessoal, por achar que se eu sou uma enfermeira de família de uma unidade de saúde familiar pois só poderia fazer algo que estivesse ligado com a enfermagem de saúde familiar! Logo á partida! Por achar que também poderia arranjar técnicas ... instrumentos que me ajudassem na prática clínica, não é!?, que eu se calhar até ali não tinha! E que ... foi, portanto, uma motivação nova que, se calhar, mesmo primeira pessoal; primeiro porque eu queria fazer algo, queria estudar, apetecia-me voltar a essa parte, e depois juntei o útil ao agradável ... na altura foi-me comunicada esta Pós-graduação por uma colega, e amiga que a estava já a fazer, e ia a meio da formação numa outra escola e em conversa surgiu essa...essa ...

A – Possibilidade...

P – Este tema ... e eu achei que fez sentido naquele momento, pronto, para perceber o que é que eu posso melhorar na minha prática clínica! E também porque juntei o útil ao agradável porque estava lá e então optei por fazer... é isso!

A – Então o que é que falta agora? O que é que falta agora para que esta formação passe a ser transferível mesmo para a prática assim, já é um bocadinho, não é? ..., portanto é individual a gente já percebeu...

P – Sim é uma questão mesmo individual, não é?! Agora...

A – Então tem de partir de quê? De dentro?

P – Como?

A – Tem que partir de dentro? Tem de partir da, da ... organização dos cuidados de saúde?

P – Eu acho que sim! Porque eu acho que têm que investir na enfermagem de saúde familiar se querem ter unidades de saúde familiar, se querem trabalhar em cuidados de saúde primários junto das famílias, junto, não é, da comunidade! Portanto, para mim faz sentido que assim fosse! Que fosse algo ... realmente de uma decisão organizacional decisão dos cuidados de saúde primários!

A – Sim!

P – Dos Aces, da ARS! Enfim, alguém que percebesse que ela faz sentido existir. E gostava que todos os enfermeiros também, de alguma forma ..., mas isso sou eu a achar! (Risos) que também sentissem essa, realmente essa necessidade porque nós temos muito a tendência em não ... em muitas vezes em não concordar com as coisas, mas depois também não sabemos o que é que devemos fazer, não é? Eu acho ...

A – Fundamental... não sabemos fundamentar...

P – Sim! Exatamente! Não sabemos às vezes muito bem o que nos regula, não sabemos muito bem o que é que nos fundamenta e então falamos muito naquelas vozes de grupo, nas insatisfações diárias de quem está insatisfeito com qualquer outra coisa, mas depois não conseguimos fundamentar e argumentar, é verdade! E acho que também não nos conhecemos assim tão bem em termos de profissão, eu acho. Apercebi-me também disso, eu própria, acho que tive que rever muita coisa, e sou muito jovem, com um curso tirado há 12 anos atrás e percebi que tinha-me escapado muita coisa, que até assenta na base da enfermagem e acho que é por aí.

A – Se calhar ...

P – Também preocuparmo-nos um bocadinho mais, fundamentarmo-nos mais, perceber bem o que é a nossa profissão; ou... todo este tempo para se tornar uma ciência, para a arte do cuidar ... acho que é ... nós não estamos por aí, nós estamos a fazer serviço, ... serviço...

A – Estamos a tratar o indivíduo ... de muitas famílias!

P – Sim! Sim! Sem dúvida! Mesmo!

A – Não é?

P – É (riso).

A – Júlia, eu acho que me respondeu a tudo! E acho que tenho de lhe agradecer imenso por toda a sua vontade ... a sério, e sim a conclusão que chegamos é que, efetivamente, pelo ... por este tempo que conversamos, é que ainda falta muito caminho a fazer... certo?

P – Falta, sim! Sim! Falta muito caminho a fazer! Agora, lamento. Lá está, se calhar tal como os outros, apesar de eu achar que falta muito, pergunto muitas vezes o que é que pode ser feito! Acho que naquilo que vai dependendo de mim, eu tento fazer, mas é de uma forma individual. Tentei de alguma forma passar muito aquilo que eu também ..., revi, porque eu gosto muito de falar e então falava imenso com os meus colegas sobre isso; acho que eles acharam interessante, mas depois também não avançaram! E pronto, e não sei! Acho que tem que ser uma coisa mesmo de dentro, mudar que é para todos irem nesse sentido!

A – E, se calhar também a organização precisa de mudar...

P – Sim.

A – Não é?

P – Sim!

A – Júlia, muito obrigada!

P – De nada!

(Interrupções por ruídos vários, todavia já tínhamos terminado a conversa!)

Participante 4

Habilitações académicas - Licenciatura

Categoria na profissão – Enfermeiro graduado

Data de entrevista: 14-06-2018

Entrevistador: Aldina

A - Que sentido teve para ti esta pós-graduação?

P – Quando eu pensei fazer a pós-graduação, foi pensando que era relacionado com o que nós fazemos com o que chamamos enfermeiro de família e pensava que iria ser muito simples porque já se faz isto há 20 anos; e quando cheguei e, portanto, sempre foi a especialidade que eu quis fazer e era nesse sentido... ser já o primeiro passo da especialidade como enfermeiro de família e fazia para mim muito sentido fazer esta pós-graduação com este objetivo.

A - O objetivo?

P – De começar já a avançar a especialidade de enfermeiro de família. Quando entrei na pós-graduação, apercebi-me que a matéria lecionada com o que nós aprendemos, está muito distante do que nós fazemos aqui. E muito distante para melhor. Não sei se faz sentido porque infelizmente não acredito que me vão deixar por isso na prática.

A – Aqui é em Portugal?

P – Claro, estou a falar no meu contexto. Neste contexto em que nós ainda andamos à guerra que nem o chamado enfermeiro de família atual nós estamos a conseguir avançar quanto mais o que é o ideal? Portanto, neste momento... claro que ganhei muita coisa, como foi uma pós-graduação, em termos familiares úteis, não só para apoio aos utentes, mas até para mim própria... agora equaciono-me é se compensa um ano de trabalho para uma coisa que não acredito que me deixem aplicar

A – Então basicamente as expectativas face ao curso eram elevadas?

P - O curso, em termos de aprendizagem deu-me muito mais do que eu estava à espera. Portanto é os dois extremos: o curso, deu-me muito mais do que eu estava à espera, mas por isso mesmo no país em que eu vivo não acredito que me deixem fazer.

A - E retomando aquilo que tu estavas a dizer...as repercussões que tu tiraste da formação que fizeste no âmbito pessoal...

P - São mais em termos pessoais extralaborais do que na prática profissional. Na prática profissional aplica-se a uma ou outra abordagem que eu faço aos utentes, mas perdoem-me se sou eu que não vejo as condições para aplicar o resto...não tenho muito contexto para conseguir aplicar.

A – Então quer dizer que as famílias com as quais tu trabalhas, o utente o que seja, na tua prática clínica no teu desempenho de funções aquilo que tu fazes diariamente tu não consegues...há mudança, houve mudança? não houve mudança?

P - Há uma ligeirinha mudança, mas continua-se a trabalhar o indivíduo e não a família.

A – Desloca-se...

P - Porque nós chamamos enfermeiro de família neste momento ao enfermeiro que atende as pessoas da mesma família, mas o que nós nos apercebemos é que não tratamos a família e para tratar a família continuamos sem possibilidade de o fazer.

A – Falta de recursos humanos?

P – Não! De tempo. Não, neste momento...recursos humanos também, mas o t... sobretudo tempo, tudo. Nada está organizado nesse sentido.

A – E o facto de tu teres feito este curso, em formato com este modo de trabalho, com esta estratégia formativa, portanto e-learning, permitiu, o uso que tu..., a dimensão do uso da estratégia...ou seja, enquanto estratégia foi bom para tu chegares ao fim e dizes assim: “eu tenho competência em enfermagem de saúde familiar”.

P – Não, não. Mas diria o mesmo...aqui não é uma questão de formato; atenção: é uma questão só de teoria, certo?! Diria o mesmo em formato presencial na escola, exatamente o mesmo. E digo mais: se não fosse e-learning eu não teria feito a pós-graduação, porque o momento de vida pessoal que eu estava a viver, não me permitia junto...na altura tinha crianças pequenas, portanto não me permitia andar a ir para a escola, mais horários, não era compatível a minha vida privada com o fazer uma pós-graduação em modulo físico numa escola normal. Portanto, aqui vamos separar o sentir-me capacitada da parte e-learning. Não foi a parte e-learning que impossibilita isso, porque o conhecimento eu creio que o tenho, agora eu continuo com o raciocínio, isto é a parte teórica de uma especialidade; para conseguir executar isto, falta-me treino prático; isto implica muita coisa, muito modo de abordagem, como conseguir falar com as pessoas, etc. que só com o traquejo prático e aqui faz-me falta estágio, falta presencial de ver como se faz, etc., etc.

A – Mas essa falta prática que te faz, é só a ti, indivíduo/ pessoa...

P – Não, creio que fará a qualquer colega...

A – Não, não. Não é isso que eu quero saber! Na tua prática... vamos supor que na tua prática clínica, era uma USF onde todos trabalham o enfermeiro de família. Centra-te...

P - O chamado atualmente de enfermeiro de família. Sim.

A – OK. Onde...tu trabalhas as famílias supostamente.

P – Não. O que nós...quando nós fazemos esta formação apercebemo-nos que os chamados enfermeiros de família de hoje não tratam as famílias, tratam os indivíduos da mesma família.

A - Portanto, no fundo, o centro de saúde...

P - Neste momento, em Portugal, não se faz enfermagem de saúde familiar, faz-se enfermagem de tratar os indivíduos da mesma família. Que com a vantagem de como os conheço consigo sempre outra abordagem do que se não conhecesse os outros membros da família. Mas...não se trata a família como um todo.

A - Mas então a tua prática dita-te, ou não, que o facto de tu teres feito esta formação, teres ganho competência neste curso, estas competências quando tu transferes para a tua prática isoladamente, porque...

P – Consigo fazer mais algumas coisas e, por exemplo, eu dou-te um detalhe pequeno, que é mesmo muito pequenino: quando nós recebemos um bebé recém-nascido, antigamente era só aquela preocupação de está pesado, não está pesado, isto está

feito, não está...centrados no bebé. Hoje em dia há, já há mais aquela consciência de abordar “ok! Como é que está a mãe? Como é que está o pai? Que alterações é que está a ter na família? Que repercussões é que tem?” Mas o que eu sinto é que mesmo já tendo a noção de que é para nos preocuparmos com todas as repercussões familiares que cada momento trás, essencialmente os momentos de transição, depois também pergunto: porque é que eu estou a abordar isto tudo se depois não tenho capacidade interventiva para a maior parte das coisas que deteto?

A – Portanto, as dinâmicas do serviço ...

P – Não me dão capacidade interventiva para....

A – Para as dinâmicas familiares...

P – Para as dinâmicas familiares.

A – Portanto não há aqui necessariamente uma... ou não há, de todo, ou há uma...conseguimos estabelecer uma linha, não é? Esta é uma linha que não se faz, ou dificilmente se toca, ou não?

P – Espera aí que eu não estou a perceber o que tu queres dizer...

A – Tu... o que é que eu quero dizer com isto... Tu és enfermeira do centro de saúde, preocupado com a família, seja ela qual for, a tua família, uma das tuas famílias, mas tu não és só chamado, em termos de enfermagem para atender apenas aquela família, ou seja, aquela família tem, como tu dizes e bem, dimensões que são de foro exclusivamente só de enfermagem, mas outras de âmbito colaborativo, em que tu para responderes às necessidades daquela família, às dinâmicas daquela família...

P – Eu estava a falar mesmo só... até estava neste momento a pensar só nas de enfermagem, só que isto é uma especialidade que capacita em imensas áreas, que nós temos capacidade de o fazer, mas não o consigo com uma tabela como esta, com atendimentos de 15 em 15 minutos, e aflita que está... Que tenho dez pessoas lá fora à espera!

A – Exatamente!

P – E depois mesmo que do que vou detetando, era suposto ir a casa das ... estou agora a falar do geral, não é? Isto implica que (em) todos os doentes ir a casa deles, etc. ...

A – Conhecer as dinâmicas familiares?

P – Todas...

A – Portanto, volto a perguntar-te: as dinâmicas do serviço permitem-te...?

P – Neste momento não! Esperemos que um dia...

A – Então o que era importante mudar aqui, em termos de organização dos cuidados de saúde primários, ou não, para que tu consigas chegar...

P – Pronto. Tínhamos que ter listas mais pequenas e permitirem-nos tempo, neste momento está tudo muito centralizado ainda, apesar de ser um centro de saúde, tirando a parte de saúde infantil de vacinação... pronto, ainda estamos muito centralizados, sobretudo na parte médica mentalidade de tratamento, acho eu? Parte curativa, etc.

E penso que ainda ninguém percebe a importância de uma pessoa gastar não sei quantas horas por dia na parte preventiva. Não só preventiva, mas...

A – Tu fizeste o curso, estás inserida no seio da tua equipa de enfermagem, ok? Tu fizeste o curso, foste a única pessoa que fizeste o curso. Que impacto é que isso tem na organização onde tu te inseres na tua equipa de enfermagem?

P – É muito triste, mas acho que não.

A – Nenhum. Portanto...

P – Agora aí atenção, não, mas aí atenção, não sei se a falha é minha... Eu por motivos vários em coisas muito mais simples, já me cansei durante 20 anos de andar a lutar contra as paredes, portanto esta guerra nem a tentei fazer. Já fiz batalhas muito mais simples, e o resultado foi sempre eu ficar partida e não a mudança. E quando tentei mudanças não tive ..., como é que eu hei de dizer? Resistência só dos membros das outras equipas multidisciplinares, mas essencialmente resistência dentro dos membros da minha própria equipa.

A – Dos teus pares...

P – Dos meus pares. Que encaram cada mudança que tu tentas fazer como uma crítica ao que é feito e ao que é feito por eles; portanto, eu neste momento eu já me esborrachei tanto perante dezenas de anos que esta guerra já nem a tentei fazer.

A – Mas a mudança só faz...

P – Portanto é... eu só tenho ligeiras mudanças no meu atendimento pessoal com utentes e depois tenho uma outra vertente que também é: o que está aqui preconizado faz com que nós entremos para ser feito na intimidade da família; as próprias famílias não estão preparadas para dar abertura aos enfermeiros para acederem a essa privacidade, portanto eu consigo trabalhar algumas coisas com utentes com quem tenho mais contacto que me vão dando...que eu sinto que me vão dando essa intimidade e em conversas informais vão me deixando aceder... e dá para ir falando, ir trabalhando, mas não aquele tipo de consulta direccionada só para isso. Eu não me vejo a... por exemplo, numa dinâmica de casal, como ainda agora fizemos na formação, entrevistas a marido e mulheres sobre a comunicação entre eles, sobre problemas sexuais entre eles, etc. Estou a ir para um tema que as pessoas às vezes dão-me abertura e até me põe perguntas quando parte deles, mas nós vamos perguntando, mas não estou a ver neste contexto os utentes aceitarem a...a que por iniciativa minha... marcar consultas que eles não vêm o que é que o enfermeiro tem a ver com isso...

A – Então é cultural?

P – Aliás, também é cultural, é um trabalho que tem de ser feito!

Neste centro de saúde, tivemos cá uma colega...que entrou para aqui ao mesmo tempo que eu, não sei se cruzou contigo ou não, que eu lembro-me era a Elisa, que eu lembro-me que ela quando fazia a consulta de puerpério em casa das pessoas, que criou uma coisa, que para mim não é muito, que era uma hora para cada um e temos outra colega que consegue fazer 4 visitas de puerpério numa hora e diziam que a colega que demorava uma hora por domicílio estava a complicar e a empatar o serviço,

Aqui dentro assisti eu, que lhe pedi para ela me deixar assistir porque era especialista, e tentava fazer consultas de planeamento familiar como deve ser, eu assisti a consultas que ela não perguntava nada de extraordinário, era para o básico que é para ser feito

numa consulta de planeamento familiar, e as consequências que ela chegou a ter foi as pessoas irem diretas á secretaria pedir o livro de reclamações porque tinham da enfermeira que se tava a meter e a ser abelhuda e a meter-se onde não era chamada.

A – Bom... O curso em si, em termos de competências, dá-te as competências cognitivas...

P – Cognitivas muitas, adoraria fazer a parte prática disto.

A – Relacionais?

P – Sim. Não, não com os utentes não, e ajuda.

A – Ajuda?

P – Ajuda.

A – E permite-te?...

P – Ajuda e não só em termos profissionais; em termos fora, mesmo de vida pessoal!

A – Sim! E o teres feito esta Pós-graduação de alguma forma, para a tua prática, leva-te a questionar a tua prática? Questionamento e problematização da tua prática!

P – Leva-me, mas eu estou em guerras ainda muito mais básicas! (suspirou)

A – Portanto, hê...

P – Tenho consciência que fora de Portugal isto tem asas para voar e que dá para fazer muita coisa! E se eu me chamasse Henriqueta Figueiredo já não estaria em Portugal há muito tempo ..., mas eu não sou a Henriqueta Figueiredo e nem tenho a família dela nem os afetos que ela deve ter em Portugal e isso condiciona toda a gente.

A – Para tu, e terminarmos, houve possibilidade, ...centra-te agora no curso... tiveste possibilidade ... embora tenha sido em formato E-learning tu disseste-me que o curso está estruturado de forma a tu poderes, em caso de dúvida, ok, fazer com a tutora, ou com alguém a ponte para esclarecimento de eventuais coisas. Aquilo que eu te questiono agora é: houve possibilidade no curso de transferires ou do curso para a prática

ou da prática para o curso, ou seja, formação e trabalho houve cruzamento de situações? Foi possível trabalhá-las?

P – Não me lembro! Não me estou a lembrar de nenhuma!

A – Pois! Já lá vai muito tempo, não é?! Mas percebes ...?

P – Desculpa! Estava a tentar lembrar-me se fiz estudos de caso ... ou nalguma coisa ...

A – Se houve transferibilidade? Exatamente!

P – Porque aconteceu o que eu te disse também, talvez não por uma razão muito simples: como eu já te referi antes, as 4 últimas unidades curriculares eu não fiz por avaliação contínua, fiz só por exame! E isso faz com que eu não tenha trabalhado os estudos casos,

A – Foste dos primeiros cursos?

P – Fui ...sim!

A – Portanto ...

P – Fui 2013/2014.

A – Portanto a começar quase...

P – Pronto! Dificuldade que eu senti, mas isso foi... e aí sim é que é, a ver com o formato E-learning foi: a falta de ter uma biblioteca a recorrer onde ter material de apoio, que, numa fase inicial como estava sozinha em casa o ter de me deslocar a uma biblioteca, deslocar à faculdade de Psicologia, aqui e ali perdia muito tempo e foi isso que condicionou que eu não tivesse conseguido fazer avaliação contínua a todas as unidades curriculares. No final, isto já estava muito mais facilitado, porque a própria organização teve essa perceção e começou-nos a mandar muitos artigos para nós podermos ler em casa! Mesmo assim eu achava que havia uma mais valia, por exemplo, em fazer um acordo numa escola em que nós pudéssemos ir trabalhar na biblioteca, aceder aos livros, etc., etc.

A – Para terminar, podemos fechar desta forma: o curso e o impacto ou o reflexo do curso daquilo na tua prática, como é que defines?

P – Stand by...

A – Muito bem! Ok! Por mim podemos terminar! Queres acrescentar alguma coisa?

P – Não!

A – Ok! Eu agradeço-te!

Participante 5

Habilitações académicas - Mestrado

Categoria na profissão - Enfermeiro

Data de entrevista: 26-06-2018

Entrevistador: Aldina

A – Pronto, então antes de mais obrigada por ter acedido ao meu pedido e por me ter enviado o consentimento, de facto que tem valor de facto, de estar a permitir-me esta entrevista no âmbito do mestrado, sendo que a conversa que vou ter consigo é precisamente para tentar perceber o sentido que teve para si a formação que fez com o curso, portanto com a formação pós-graduada em enfermagem de saúde familiar. Pronto eu penso que terá respondido ao questionário e é um bocadinho também na linha do que lá se perguntava, mas se calhar eu começava por lhe perguntar: que pertinência é que teve para si, os conteúdos que foram trabalhados, se se conseguir lembrar da formação que fez, que sentido é que teve e que pertinência é que me pode dizer em relação às unidades curriculares que teve, se foram pertinentes se não foram, o que é que me pode dizer em relação a isso.

P – Portanto, eu fiz o curso em 2015 e terminei em 2016, mas ainda tenho as coisas ainda estão mais ou menos ativas na minha memória, relativamente aos conteúdos programáticos do curso achei, acho que o curso está bem organizado, os conteúdos programáticos são pertinentes porquê? Porque começamos por ter uma abordagem mais, pronto, mais teórica sobre os fundamentos, sobre as teorias da enfermagem, sobre aquilo que sustenta teoricamente a enfermagem de saúde familiar que é muito importante para, pronto, para nos contextualizarmos e para ver de onde é que surge e onde é que nos situamos no que diz respeito à saúde familiar a nível teórico e a nível epistemológico.

Relativamente depois aos conteúdos seguintes, também foram pertinentes, como é óbvio, porquê? Porque dão-nos informação relativamente a aspetos muito importantes, a instrumentos de avaliação familiar também relativamente às transições, ao tipo de transições que as famílias vivem ao longo do seu ciclo vital e isso, como é óbvio, é pertinente porque ajuda-nos a situar onde é que nós estamos quando estamos perante uma família, ajuda-nos a situar e também a estruturar o nosso raciocínio em relação ao processo de enfermagem. Depois, posteriormente, os conteúdos foram afunilando, não é, relativamente aos conteúdos programáticos no curso, portanto ... depois também recordo-me agora também das técnicas de intervenção familiar que também são muito úteis, mesmo que não sejam um instrumento para nós usarmos no nosso dia a dia, são muito úteis porquê? Porque, em primeiro lugar porque é importante conhecer e depois porque também falamos com técnicos, terapeutas familiares, psicólogos, etc. e convém sabermos, conhecermos para sabermos que linguagem devemos utilizar e do que estamos a falar. E depois, também, mesmo que não sejam seguidos, exatamente as terapias ou as técnicas de forma sistemáticas são importantes porque podem-nos até dar alguma ... (**A**: ajuda) ajuda e algumas ideias para nós também adotarmos estratégias de intervenção em relação a determinada família, pronto; depois, a entrevista sistémica, aí já é mesmo uma técnica muito específica que no fundo é o ciclo da espiral do curso, não é, que também é muito importante e dá-nos muito conhecimento

técnico relativamente à maneira, à nossa postura e à forma como nós devemos estar com uma família, com dois elementos, três e queremos abordar aquele grupo como um todo.

A – Então pegando um bocadinho nisso que acabou de dizer e fazendo um bocadinho um apanhado de tudo o que acabou de me reportar, considerando o que foi pertinente e relevante no curso, na formação que fez, pode dizer-me então se houve de facto lugar a uma relação, ou seja, consegue estabelecer uma relação entre as aprendizagens que fez e o trabalho que desempenha diariamente? Há uma relação entre aquilo que fez e aquilo que, o curso, melhor dizendo, entre a formação que fez e o seu dia a dia, a sua prática, ou não?

P – Sim, houveram algumas mudanças, houveram alguns ganhos; o facto de nós termos levar para a prática aquilo que aprendemos na formação, não é, não é assim tão simples e tão espontâneo, é... tem que ser intencional, nós temos que fazer por isso também, não é, porque se quisermos trabalhar da mesma forma como trabalhávamos antes, continuamos a trabalhar e fica tudo igual. Mas, se realmente quisermos abordar a família como um todo temos que pegar naquilo que aprendemos e passarmos para a prática. As mudanças que eu vejo na minha prática, consigo identificar: por exemplo, relativamente ... estou mais sensível para fazer a avaliação inicial da família porque só isso já nos dá muito, ... muita, ... muita informação e já é possível fazermos diagnósticos de enfermagem só fazendo a avaliação inicial em enfermagem de saúde familiar e depois também a nível das díades: por exemplo, papel parental, satisfação conjugal, pronto, o papel do prestador de cuidados, os diagnósticos que se relacionam com as díades, com os subsistemas também consigo, estar mais sensível em levantar e fazer juízos relativos a esses diagnósticos com maior facilidade.

A – Então pegando no que me está a dizer, teve de facto mudança na sua prática, mas essa mudança foi a nível individual da Viviana, ou seja, quando se trabalha, supostamente penso eu, pelo que me está a dizer deve trabalhar numa unidade de saúde familiar, certo?

P – Numa unidade de cuidados de saúde personalizados.

A – Pronto, mas que seja, pronto, ok, mas, mas juntamente com o coletivo de enfermeiros, certo, essa mudança que fala é uma mudança que operou apenas em si, com os seus utentes, com as suas famílias, ou conseguiu que essa mudança, conseguiu também operá-la dentro da sua equipa? Aquilo que eu pergunto é: foi uma mudança no fundo individual ou foi uma mudança coletiva? Conseguiu mobilizar a equipa para também fazer esta avaliação, esta abordagem...

P – Foi essencialmente individual, porquê? Por um motivo muito simples: porque eu não trabalho com mais ninguém, eu trabalho sozinha (risos), por isso essencialmente foi individual.

No entanto, também acredito que com os registos que faço, a avaliação inicial, colocar o programa de saúde familiar, fazendo, preenchendo a escala de Garfar, que é possível preencher, no SAPE (**A**: no aplicativo) na avaliação inicial etc., levantando alguns diagnósticos também é possível criar algum impacto nos colegas porque depois os utentes também vão ao SASU e abrem o processo dos utentes e veem registos diferente e eu acredito que dessa forma seja possível também criar alguma mudança, ou alguma

sensibilidade, mas a nível da equipa não é possível porque, simplesmente porque eu trabalho sozinha.

A – Pois, eu já percebi, ok. Mas então, Viviana,, pegando ainda nisso que me está a dizer que sentiu de facto, porque de facto a mudança tem que partir de dentro, tem que partir de nós, correto, e o impacto sim, o impacto na organização como disse e bem, quando vão ao SASU estamos a falar do impacto organizacional, porque não é só na sua unidade, não é só com seus utentes, acabam eles também por se deslocar a outras unidades funcionais e os colegas pegando por aí veem, não é? Pronto, há uma mudança já em termos da abordagem, em termos do próprio aplicativo que faz, de facto, essa, essa avaliação, vá, e que percebemos que a Viviana teve o cuidado de provocar já essa pequenina mudança, mas, mas então pergunto-lhe: as repercussões, pessoais e profissionais, com o curso para si quais são então?

P – A nível pessoal acho que as repercussões que eu consigo identificar mais são da autossatisfação, concretização e de realização. A nível profissional, e também a nível pessoal se calhar de ter ...

A – (Es)tou? Viviana, deixei de a ouvir.... falhou não consegui ouvir.

P – Falhou?

A – Falhou, falhou, eu não consegui apanhar tudo.

P – Eu estava a dizer que a nível pessoal, se calhar também consigo obter alguns, obter alguns ganhos relativamente à compreensão da minha própria família e dos sistemas, dos sistemas que me rodeiam. A nível profissional, sim... claro que houveram ganhos, autossatisfação também, autoeficácia, consegui ver que aquilo que eu vos... em primeiro lugar os registos que realizo também têm alguma influência ou não passam despercebidos pelos colegas, também é uma concretização profissional, e conseguir também fazer, levantar alguns diagnósticos, fazer, realizar intervenções e também identificar já alguns ganhos em saúde.

A – Então, então posso fazer-lhe esta aproximação que é, (es)tá a ouvir-me? (Es)Tá a ouvir-me bem?

P – Sim, sim, estou sim estou,

A – Pronto, quando... eu vou lhe perguntar se então, se na sua prática reflete sobre ela, porque no fundo isto, que me está a dizer, julgo eu que terá que ver sobre o questionamento que faz sobre a sua própria prática, certo? Então posso estabelecer esta relação que a formação levou a este questionamento sobre a prática ou não? Foi promotor desta, desta, desta problematização, deste questionamento sobre o que faz, como faz, por que que faz assim, ou não?

P – Claro, claro que sim, aliás, a formação no fundo dá-me a base para depois eu fundament... fundamentar e ...digamos que para além de fundamentar enriquecer o meu pensamento crítico, não é?

A formação no fundo, o pensamento teórico é a base para depois nós questionarmos e termos... aquilo que é reflexão e pensamento crítico depois que nos vai fazer procurar outras formas de agir e depois continuar com esse ciclo, se calhar mais para a frente novas formações e por aí fora.

A – Então em termos de competências, que competências é que conseguiu ou consegue elencar, que ficou deste curso, desta formação que fez?

P – A nível de competências, competências, conhecimentos teóricos...

A – Cognitivos, portanto.

P – Aumentei o meu leque de conhecimentos teóricos, relativamente à temática... e depois a nível de competências práticas, também deu-me alguma base para eu desenvolver novas formas de... de agir, mobilizar esses conhecimentos que adquiri, e de agir de acordo com as circunstâncias na prática... na temática de enfermagem de saúde familiar, claro.

A – Mas por exemplo, podemos dizer que essas competências que fala têm que ver com o quê? Com autonomia, com o ser mais criativa na abordagem das coisas, com o ser empreendedora de alguma forma, ou prende-se só à capacidade de espírito crítico, de relacionamento com a família, o que é que me pode dizer?

P – Acho que as competências que adquiri prendem-se mais com aquela capacidade que utilizamos de conhecimentos em relação mesmo à família, ou seja, estar no contexto de... alguns... não todos, mas com dois membros da família, por exemplo, ou três, e conseguir agir de uma maneira sistémica em que a minha intervenção tem em conta todos os elementos da família em questão, ou a díade, ou mesmo mais do que duas pessoas, por exemplo os pais e o bebé, já consigo... talvez tenha adquirido competências que me permitem observar a família de uma maneira mais sistémica e não de uma maneira individual e só olhando para as partes.

A – Pois, eu estou a perceber, ou seja, passou a abordar, a centrar também a sua intervenção numa perspetiva de o... a família enquanto transição, por exemplo, pegando nesse exemplo que deu do bebé, a nova transição com o bebé, tentar perceber como é que está a mãe, como é que está o pai, como é que está o bebé, como é que isto se conjuga, que, que, que....

P – Exatamente.

A – Não é, quer dizer, não é uma abordagem só dirigida ao bebé neste caso.

P – Exatamente,

A – Não é!?

P – Talvez, por exemplo, no caso dos pais e do bebé consiga... bem, talvez antes de fazer a pós-graduação dava mais, ... a minha, o meu foco de atenção seria mais a mãe e o bebé apenas e o pai se estivesse lá, se calhar não ia dar-lhe tanta importância e tanta atenção, e agora talvez consiga encontrar um papel, pronto, em todos os elementos da família com quem me encontro, consigo estar mais atenta para tentar identificar potencialidades ou fraquezas e trabalhar mais com todos os membros.

A – Portanto, é muito mais autónoma nesse sentido porque já consegue perceber que cada um ocupa o seu lugar e que eles todos fazem parte desta transição nova, não é, e é uma abordagem diferente, certo?

P – Não conhe... não diria que, não diria que seja perfeitamente autónoma, mas pelo menos já estou desperta, o que já é um bom princípio, já estou desperta, já tenho algum pensamen... algum, digamos, alguma sensibilidade e algum pensamento crítico para

tentar identificar, identificar estratégias, para... para agir tendo em conta todos os membros.

A – E isso adveio do curso que fez, ou seja...

P – Sim...

A - ...o curso deu-lhe essa competência, permitiu-lhe focar-se nesta abordagem nova.

P – Sim, sim, despertou-me para isso.

A – Sim, ficou, pelo menos pô-la mais vigilante e mais atenta nesse sentido, é isso, não é?

P – Exatamente.

A – Pronto, agora focando um bocadinho a formação e centrando-se a uns anos atrás quando fez a formação... e porque era em formato e-learning, certo... fê-lo num formato e-learning, certo?

P – Fiz, fiz.

A – Pronto, enquanto modo de trabalho pedagógico, porque poderia ser uma coisa presencial, mas não, foi em formato e-learning, portanto, de acordo com o seu tempo, como é que pode considerar que esta estratégia formativa tenha sido potenciadora de, de... dum saber, não é? Porque considera que... que de facto foi possível fazer esta formação e que foi útil, ... não foi útil, ainda bem que foi em formato e-learning, ... não foi, o que é que, já agora o que é que me pode dizer sobre a estratégia usada por quem pensou o curso?

P – O facto de ser em formato, ... o formato e-learning é um formato (risos) diferente do presencial, não é, é válido como o presencial, mas é diferente. Relativamente, pronto, eu não posso dizer que tenha sido melhor do que se tivesse sido caso fosse presencial, porque eu gosto do... de... acho que é mais enriquecedor o formato presencial nas aulas, no entanto, não posso esconder que... que foi, foi útil para mim porque talvez dessa forma é que foi possível fazer o curso nessa... nessa altura.

Foi útil, foi possível adquirir também os conhecimentos e as capacidades dessa forma; talvez tenha dado um bocadinho mais de trabalho do que se fosse no formato presencial porque requeria... é um... é um estudo muito mais solitário porque nós não interagimos com os colegas, e torna-se um bocadinho mais solitário e depois requer talvez... como não existe interação, não existem métodos ativos, requer mais a nossa atenção, não é?

No entanto, também tem outras vantagens que é muito mais fácil conseguir gerir o meu tempo, eu assisti às aulas quando era possível, e quando me dava mais jeito, e quando estava mais concentrada, e, pronto, isso também, também é vantajoso, não é?

A – Portanto a gestão do seu tempo será, se calhar, o, o, o grande momento, ou a grande potencialidade desta, desta, desta estratégia?

P – A maior vantagem que eu identifico, é mesmo a gestão do tempo. A questão, ... a nossa, ... nós fazermos a própria gestão do tempo e de fazer os testes, e pronto, e das aulas... repetirmos as vezes que quisermos, porque eu repeti imensas vezes, ouvir as aulas, porque não conseguia absorver tudo, porque, lá está, distraio-me com facilidade, e então a ouvir as aulas quando me distraia voltava para trás, o que é ótimo.

A – Pois podia rever.

P – No entanto, depois também falta, faltou, para mim, também é importante haver aquela interação, aquela troca...

A – A partilha.

P – Exatamente, a partilha, os estudos, discussão de casos, que depois principalmente na parte final do curso é muito importante, e, pronto, e nós conseguimos fazer os nossos próprios estudos de casos e depois obter o feedback da professora; só que depois com os colegas eu acho que também é muito enriquecedor e isso não existiu.

A – Portanto não houve...

P – É mais isso.

A – Pois, portanto, não houve transferência vá... de ideias, não houve partilha de ideias, perde um bocadinho por aí, é isso?

P – Sim, não... não digo que perca, mas ganharia mais se.

A – Pois, mas também é assim: temos que ver uma coisa, ao não permitir essa partilha, porque o conhecimento é enriquecedor de facto, mas torna-se mais enriquecido quando há partilha, a minha questão é como é que fazia quando tinha dúvidas ou quando queria transferir da sua prática para... para a formação questões que, que, que provavelmente suscitaram interesse ou que, que até queria ver esclarecido, como é que isso se processava? Como é que isso acontecia? Acontecia?

P – Acontecia porque nós tínhamos o feedback da professora, não é, e nós...

A – Hum, hum.

P – Tivemos oportunidades para fazer estudo de caso, pronto, e fazer alguns trabalhos além dos testes que nos dava e depois mandávamos e a professora dava-nos o feedback, e era dessa forma que os estudos de caso, no fundo, era irmos buscar dados reais, do nosso dia a dia, não é, e... e... aplicarmos de acordo com a formação, com os conteúdos da formação passar... passá-los para o papel. E dessa forma também era uma partilha, mas era uma partilha entre só aluno e professor, não havia partilha entre os alunos. Se bem que nós tínhamos o fórum e podíamos fazer partilha lá de questões entre os colegas, não fazíamos porque, pronto, não queríamos no fundo, não é, porque lá está, em contexto de sala de aula as coisas são mais espontâneas e essa partilha não é preciso haver esforço para ela existir. No formato e-learning já não há tanto, não há tanto essa tendência, não é?

A – Então esse fórum era online, os alunos...

P – Sim.

A – ...podiam partilhar ou pelo menos esclarecer dúvidas, ou alguma coisa que queriam ver mais esclarecidos, ou até perceber o que é que o colega fazia na unidade dele ou não?

P – Sim.

A – Mas isso aconteceu então? Ninguém usou.

P – Não, isso não aconteceu.

A – Ninguém usou?

P – Isso ninguém usou, não. Pelo menos eu não usei não.

A – Que tenha conhecimento, claro. Mas então quando fala na sua reconstrução das práticas, com base, das práticas que faz, da sua prática quotidiana é reconstruída, depois de ter este “Know How”, de ter esta, esta formação, certo? Vai reconstruindo a sua prática de acordo com aquilo que o que também foi, como disse atrás, fomentando e fundamentando naquilo que aprendeu, que sentido é que atribui então a esta formação que fez? Qual foi o sentido deste percurso?

P – Mais do que reconstruir a prática, eu acho que acrescentou... enriqueceu, acrescentou algo mais àquilo que eu já fazia, ou seja, não tive que...

Em primeiro lugar, muitas coisas que eu já fazia... estavam já... já, já, já estavam, estão implícitas nesta, nesta formação e na enfermagem de saúde familiar e no modelo dinâmico de avaliação familiar, só que ... o que é que veio ajudar a formação? Veio ajudar a estruturar melhor aquilo que eu já fazia antes, sim, se calhar houve uma reconstrução, houve uma organização da prática e depois também acrescentou outras coisas que não existiam, simplesmente, ou seja, enriqueceu a... pronto, aumentou, enriqueceu a prática, acrescentou, acrescentou algo mais.

A – Acrescentou valor? É isso que me quer dizer, talvez, acrescentou valor à sua prática?

P – Acrescentou valor? Sim, acrescentou valor porque na primeira parte que eu falei, porque aquilo que eu fazia agora passou a ser de uma maneira mais estruturada e registado. Já sei como, como estruturar e registar. Isso é ... acrescenta valor e depois, também, além de ter acrescentado valor, lá está, acrescentou ainda mais valor e enriqueceu porque trouxe coisas novas sim.

A – Á um bocado disse, peguei um bocadinho naquilo que me disse, para tentar perceber também como é que a sua prática muda, disse-me á bocado que trabalha sozinha, ou seja, parte do pressuposto que não trabalha então, tem as suas famílias atribuídas, é isso ou não?

P – Sim, sim, tenho, são todos, trabalho sozinha, são os utentes todos.

A – Todos, portanto.

P – Sim.

A – Trabalha numa unidade onde é a única enfermeira aí, certo?

P – Sim, sim.

A – Pronto, e como é que trabalha, como é que gere as dinâmicas que o próprio serviço induz e as dinâmicas familiares, porque sendo enfermeira, tem seguramente que dar resposta ao que é as exigências do serviço...

P – Sim.

A – ...e tem que dar resposta àquilo que são as suas intervenções com as famílias. Como é que, como é que isto... se coaduna, como é isto se interliga, como é que se processa?

P – Eh... a nível dos domicílios é fácil, porque o domicílio é o, é o melhor ambiente para nós... fazermos a avaliação familiar e as intervenções e, pronto, e é muito mais simples, porque nós temos, estamos sozinhos, temos nosso tempo com a família e é muito mais

simples. No centro de saúde... eu tento, quando estamos, ... por exemplo, nas consultas de saúde infantil, saúde a diabéticos etc., as vezes é mais difícil porquê? Porque às vezes o tempo é escasso e aquilo que eu tento fazer é não estabelecer grandes objetivos, ou seja, eu vou fazendo... a minha avaliação familiar é feita em continuidade sempre, nunca está, nunca está terminada, todas as vezes que tenho contato com uma pessoa vou conhecendo-a melhor e vou sempre fazendo perguntas relativamente ao... aos sistemas mais amplos, ah... pronto, para enriquecer um pouco a avaliação no inicial, e depois, sempre que me vou ... tento não ser muito inquisitiva, ou seja, tento não perguntar, não fazer muitas perguntas, diretas, fora de contexto, porque também não é muito, não resulta muito bem. Tento ir aos poucos, conhecendo melhor aquela pessoa e à medida que vou detetando algum, alguma, alguma informação que me permite fazer um diagnóstico, registo o diagnóstico, realizo o diagnóstico e quando for possível planeio e realizo as intervenções relativas a esse diagnóstico específico familiar, mas sem estabelecer muitos objetivos, porque não é possível, a avaliação tem que ser, a avaliação e a intervenção familiar tem que ser sempre contínua e nem sempre em todos os contactos com uma pessoa é possível fazer uma... ir um bocadinho mais longe e realizar uma avaliação à família, porque... também temos que... o indivíduo muitas vezes só indivíduo como foco.

A – Portanto, em termos de... de... de... no centro de saúde onde exerce a função, não é, na organização onde está enquadrada, onde está inserida, porque tem que prestar cuidados de enfermagem, como é óbvio, a questão que eu lhe perguntava era como é que gere esta dinâmica entre as famílias e aquilo que são as respostas que tem que dar em sede de serviço, ou seja, tem que fazer isso, agora tem que fazer aquilo, como é que isto se, se conjuga e que impacto é que isto causa na sua organização?

P – Ah ... pronto, relativamente à maneira como é gerido, eu tento que, tento que o meu trabalho com as famílias seja, como já disse...

A – Sim

P – Que seja integrado no dia a dia, ou seja, não seja uma coisa à parte.

A – Inquisitiva claro.

P – Construtiva, acrescentar mais alguma coisa à avaliação, inicial, colher dados para fazer um diagnóstico, pronto, de uma maneira integrada e continuada sempre. Ah, é dessa forma que...que é gerido.

A – Sim, eu percebi.

P – Numa consulta da diabetes, se puder construir, recolher dados para construir o genograma ótimo, construo; se não for possível porque naquela, naquele dia vou ter que avaliar, fazer a avaliação do risco do pré diabético, não, não, não é possível, não, não faço, não... tenho mais um indivíduo como foco e não, e não a família, mas eu acho que, se as coisas forem, forem continuadas, integradas e de uma maneira natural, nós todas, em quase todos os contactos com o indivíduo conseguimos pelo menos recolher informação mais... relativo aos sistemas mais amplos e à família, à família, ao sistema familiar. Nas consultas de saúde infantil, são, nós trabalhamos sempre quase a família, não é...

A – Sim

P – ...a criança, mas sempre também a família. Tento aproveitar o tempo da minha consulta com, com a criança e com a mãe, ou com a família e também, dessa forma, sempre ter uma abordagem, uma intervenção a nível da família.

Pronto, isto é a gestão, no fundo é, nós não estabelecemos objetivos muito, não estabelecemos grandes objetivos, mas sim, ao longo do tempo tentarmos não desligar o botão, e irmos tendo... recolhendo informação e indo fazendo intervenções de uma maneira natural e espontânea; já que estamos despertos para, pra, pra saúde familiar, fazer, tentar fazer as coisas dessa forma, mas sem desligar o botão, mas também não estabelecer grandes objetivos, em relação a... em relação aos nossos cuidados porque temos muito tempo para isso e quanto mais... quanto mais contactos temos com indivíduos e com a família mais conseguimos que a nossa abordagem seja... seja... pronto, seja enriquecida.

A – Tem muitas famílias...

P – Eu á bocado...

A – Tem muitas famílias, Viviana, para cuidar?

P – Sim, sim, tenho porque as minhas... os meus utentes são utentes são utentes idosos, são famílias sempre, ou unipessoais, ou duas, duas pessoas ... sempre não, também tenho famílias numerosas, mas também como a população é mais envelhecida, já está naquela fase de família idosa, não é? E ... mas também tenho famílias ... famílias alargadas, e tenho vários tipos de famílias, não é? Também existem aquelas pessoas que têm os avós, têm os pais, os filhos e os netos, todos no mesmo agregado, não é?

A – Pois, tocando o ciclo vital, não é, portanto, apanha, apanha um bocadinho famílias...

P – Sim

A – ...ao longo do ciclo vital, não é?

P – Sim.

A – Portanto, a sua intervenção é sempre multifacetada, porque não pode ver só aquele, aquela pessoa, tem que ver a família como um todo, não é?

P – Sim

A – ...e tudo isso não é fácil de gerir, não é?

Mas para, para tentarmos fechar aqui a entrevista e, porque também acho que já acabou por tocar no fundo onde eu queria, que era perceber o sentido ... como é que... como é que consegue descrever uma transferência disto tudo, da formação que fez, eh.. eh..., a transferência para a sua clínica, o impacto desta formação e a transferência do saber para a clínica como é que o classifica, como é que pode... o que é que lhe oferece dizer sobre isso? Houve transferência, há transferência seguramente, não há...

P – É aquilo que eu disse no início...

A – Vai construindo pontes.

P – Exatamente, tem que ser intencional, nós não... não... por muito que tenhamos adquirido conhecimentos também tem que haver uma intenção, não pode ser eh... não é, não é assim tão espontâneo quanto isso, até porque as nossas organizações, e a

maneira como está organizado, os cuidados de saúde primários não são nada facilitadores...

A – Não são favoráveis.

P – Nem são nada potenciadores da... da... nós estamos muito, muito, muito colados ao modelo biomédico mesmo nos cuidados de saúde primários e lá está, nós temos que ter uma intenção e temos que fazer um esforço, não podemos desligar o botão, e... portanto, e esta... esta pós-graduação, aquilo que... a transferência daquilo que foi aprendido na pós-graduação para a prática, além de ter que ser intencional, permitenos, se calhar, também... talvez... termos mais valor, não é, mais... as nossas... nós... o conhecimento é a nossa maior arma de... da... dos profissionais. E se nós valor... valorizarmos o conhecimento e se o aplicarmos na prática...

A – Se o fundamentarmos.

P – Não temos mais se não... valorizarmos a nossa prática e o nosso conhecimento, isso é óbvio. Mas, pronto, eu acho que... é... é... foi positivo e é positivo a nível profissional e a também a nível dos próprios... das próprias famílias, e o impacto institucional, acho que se nas instituições houverem profissionais que conheçam os indivíduos e depois que também conheçam as famílias e consigam ter um olhar, uma abordagem sistêmica sobre as famílias, isso é excelente para as instituições.

A – E acha que a sua instituição a reconhece com esse valor?

P – Sim, eu acho que de certa forma sim, eh... não... não quer dizer que saibam que... tenho a pós-graduação em enfermagem de saúde familiar ou não, mas se... eu acho que reconhecem que eu tenho conhecimentos técnicos, teóricos e técnicos e práticos que me permitem... de certa forma avaliar e intervir de uma maneira mais complexa nas famílias.

A – Muito bem.

P – Acho que já se aperceberam disso.

A – Sim, também o conhecimento é muito comunicacional e passa por esta relação que se estabelece com e para as pessoas, não é? Este é o meu modo de estar na vida, e acho que sim, que tem razão quando diz que há transferência, eu pensava que sim, que... que me ia dizer que transfere sim, e fico muito contente pela sua organização lhe reconhecer eh... já essa potencialidade e... e... acima de tudo que continua a fazer o seu melhor na prática do seu dia a dia porque, de facto, os ganhos depois a seu tempo, claro, porque a mudança não é fácil, e demora, e é preciso querer, como disse, mas, vai se fazendo, não é, vai se fazendo.

P – Sim.

A – Viviana, muito obrigada.

P – Nada.

A – Eu penso que foi respondendo àquilo que eu pretendia indagar e perceber, agradeço-lhe mesmo a sua disponibilidade, eh... e... e estou aqui quando precisar de mim, estou aqui também para... para... pra aquilo que precisar, eh... vou... vou mesmo depois, se... se quiser, eu não sei se trabalha com a professora Henriqueta, se não...

P – Hum, hum.

A – Mas depois também, os resultados depois do que... do que daqui virá, com certeza que... que... se quiser que a gente lhes faça chegar depois lhe faremos.

P – Sim, claro.

A – Muito obrigada enfermeira Viviana!

P – Nada.

A – Mais uma vez agradeço mesmo de coração a sua disponibilidade para comigo, está bem?

P – Está bem.

A – E a... ultrapassamos estas vidas da... da... das... das tecnologias que estavam difíceis, mas conseguimos ultrapassar.

P – Pronto, já aprendi uma coisa nova, já também já foi bom.

A – Olhe, vê estamos sempre a aprender, não é, uns com os outros.

P – É.

A – Olhe, muito obrigada, não demorei muito tempo pelo que estou a aqui a ver 40 minutos vá, não é mau...

Apêndice IV

Grelha de análise de conteúdo

Categorias e subcategorias

Procede-se à explicitação das seguintes categorias e subcategorias:

1 – Apreciação global da formação

- ✓ Estrutura e modalidade da formação
- ✓ Pertinência genérica da formação

Nesta categoria pretende-se de forma breve abordar a forma como esteve estruturada a formação e como decorreu bem como a sua pertinência para os sujeitos desta formação.

2 – Motivos para a procura da formação

Nesta categoria pretende-se de forma geral perceber quais foram os motivos que levaram os sujeitos a procurar esta formação.

3 – Tensões entre dinâmicas organizacionais e o trabalho do enfermeiro

Nesta categoria pretende-se perceber quais as tensões existentes entre a organização e o enfermeiro que nela desenvolve o seu trabalho; deste ponto de vista será importante conhecer como é que as pessoas gerem essas diferentes ordens que compõem a sua identidade profissional.

- ✓ Gestão de tempo prescrito e do tempo real

(tem que ver com a gestão humana do tempo entre o que está preconizado para a consulta e o que é efetivamente usado com o utente/família em termos de cuidados de enfermagem)

- ✓ Atendimento individual e atendimento familiar

(tem que ver com gestão entre aquilo que é a prestação de cuidados ao utente e a desejável prestação de cuidados à família, sendo que o impacto neste atendimento é relevante não só para o desempenho do enfermeiro como também para quem recebe estes cuidados)

- ✓ Conceção da figura do enfermeiro e da função do enfermeiro na saúde familiar

(tem que ver com gestão entre aquilo que é a figura do enfermeiro na lógica de funcionamento da unidade funcional e a função que aí exerce sendo que interessa perceber se trabalha as famílias de forma articulada)

e integrada com o coletivo de trabalho ou se é uma abordagem compartimentada colaborativa na área da saúde familiar; no fundo tem que ver com a representação dos cuidados de saúde e a função do enf. e sua articulação na equipa multidisciplinar)

4 – Transferibilidade da formação para os contextos de trabalho

Nesta categoria pretende-se perceber o que é que foi objeto de transferência para os contextos de trabalho e de que modo é que estes processos aconteceram na prática clínica, ou seja, tem que ver com as diferentes formas de aplicar o que se formalizou na formação e se mobilizou para os contextos onde os sujeitos desenvolvem a sua prática (conhecimentos/disposições/técnicas/instrumentos/ práticas/...).

✓ Transferibilidade instrumental

(a mobilização de saberes é feita através de uma outra grelha de leitura que permite transformar a prática, tornando-a mais ajustada, mais eficiente ou eficaz, seja porque aprende a usar uma ferramenta seja porque qualifica a sua ação)

✓ Transferibilidade cognitiva

(a mobilização de saberes é feita através de uma grelha de leitura que permite olhar para a situação concreta e ter um outro entendimento sobre a prática, lançando mão a novos recursos para compreender o que se faz no dia-a-dia adequando-os ao contexto; é o ficar mais sensível, o dar mais atenção ao que até aí não dava; no fundo, é ter categorias cognitivas para ler a realidade de outra maneira; nunca tinha visto ou reparado nessa forma...)

✓ Transferibilidade comunicacional

(a mobilização de saberes é feita através de um diálogo entre a teoria e a prática e resultante desta comunicação entre eles há uma hibridação, um novo sentido; implicará analisar as condições concretas da realidade em que cada sujeito se move e em função do exercício da sua prática equacionar se será capaz de por em diálogo aquilo que aprendeu)

5 – Formação e mudança organizacional

Nesta categoria pretende-se perceber se o processo formativo enquanto construção pessoal e profissional induziu nos sujeitos processos de efetiva mudança e de que forma esta se processa para perceber se as organizações em que as pessoas se inscrevem são organizações qualificantes ou se podem ser apelidadas de organizações disponíveis para aprender sendo, portanto, aprendentes...

Grelha de análise de conteúdo

Apreciação global da formação			Motivos para a procura da formação
	Estrutura e modalidade da formação	Pertinência genérica da formação	
<p>“(…) está bem adequada, (…) e dá resposta (…)</p> <p>em termos de (…) saúde familiar (…)</p> <p>“(…) esta Pós-graduação, veio otimizar, transformar também, o trabalho com as famílias (…)</p> <p>“(…) é o que está previsto (…) é ter a família, cuidar dela (…) como uma unidade de cuidados, e não como parceira (…), foi (…) uma das repercussões imediatas que teve esta Pós-graduação.”</p> <p>“(…) aquisição de novas competências, no âmbito da saúde familiar e (…) fazer a diferença no trabalho com as famílias (…)</p> <p>são os grandes impactos (…) desta Pós-graduação.”</p> <p>“(…) é complicado (…) ver a família como unidade de cuidados (…) sem fazer esta formação.”</p> <p>“(…) vi o plano curricular (…) todos os tópicos para as unidades curriculares (…) fizeram muito sentido naquilo que era a formação,</p>	<p>“(…) pós-graduação bem estruturada (…)</p> <p>“pós-graduação (…) condicionado pelo formato e-learning (…)</p> <p>“(…) o modo e-learning tem vantagens (…) dar mais liberdade em termos de aprendizagem (…) um melhor aproveitamento de tempo (…)</p> <p>“(…) se pudéssemos despende (…) algum tempo na operacionalização do modelo dinâmico, acho que ainda iria ser mais enriquecedor (…) porque também é isso que depois nos facilita, (…) a implementação no nosso dia a dia, na nossa prática (…)</p> <p>“(…) a Professora queria fazer (…) um momento de partilha (…) e seria interessante do meu ponto de vista, (…) mas não houve oportunidade (…)</p> <p>“(…) o único momento assim de</p>	<p>“(…) os conteúdos são adequados (…) pertinentes e (…) relevantes para depois pormos em prática (…) aquilo que se aprendeu na pós-graduação.”</p> <p>“(…) a formação transmite uma serie de saberes que eles não (…) os têm (…) E é complicado para eles perceberem a família como unidade de cuidados (…)</p> <p>“(…) na parte final do curso, esses mesmos temas que me causaram (…) mais desconfiança no início (…) fizeram todo o sentido, acho até que foi a base (…) para depois, mais tarde.”</p> <p>“(…) os conteúdos programáticos são pertinentes (…) para ver (…) onde é que nos situamos no que diz respeito à saúde familiar a nível teórico e a nível epistemológico.”</p> <p>“(…) pertinente porque (…) ajuda-nos a situar e também a estruturar o nosso raciocínio em relação ao processo de enfermagem.”</p> <p>“(…) técnicas de intervenção familiar (…) também são muito úteis (…) dá-nos muito conhecimento técnico relativamente (…) à nossa</p>	<p>“(…) fazer uma pós-graduação (…) em enfermagem de saúde familiar (…) tendo em vista depois tirar a especialidade (…)</p> <p>(…) no fundo já teria ali feito toda a componente teórica (…) tendo em vista a especialidade (…) sempre idealizei a especialidade em enfermagem de saúde familiar como um objetivo (…) a pós-graduação surge aí como um (…) primeiro passo para concluir esse projeto (…)</p> <p>“(…) o que me levou literalmente a escolher foi (…) ter abordado o “Modelo Dinâmico” com a Professora ((…) a mentora do modelo (…)) acho que para mim foi uma mais valia,”</p> <p>“(…) faz todo o sentido e, sendo uma enfermeira de família, numa unidade de saúde familiar, conhecer, de facto, a família.”</p> <p>“(…) foi mesmo uma motivação pessoal (…) só poderia fazer algo que estivesse ligado com a enfermagem de saúde familiar! (…) uma motivação nova (…)</p> <p>“(…) fez sentido naquele momento (…) para perceber o que é que eu posso melhorar na minha prática clínica!”</p> <p>“(…) preocuparmo-nos um bocadinho mais, fundamentarmo-nos mais, perceber bem o que é a nossa profissão (…)</p>

<p>naquilo que se pretende para a prática clínica (...) revelaram-se fundamentais (...)”</p> <p>“(...) em termos de aprendizagem deu-me muito mais do que eu estava à espera.”</p> <p>“(...) ganhei muita coisa (...) não só para apoio aos utentes, mas até para mim própria (...)”</p> <p>“Dificuldade que eu senti, (...) foi (...) com (...) a falta de ter uma biblioteca a recorrer onde ter material de apoio (...)”</p> <p>“Adquire-se conhecimentos (...) mais abrangentes e mais específicos em termos de intervenção familiar.”</p>	<p>partilha e que nós tivemos (...) as sessões pelo Skype íamos (...) partilhando (...) mas (...) isso foi no fundo a dinâmica ao longo do curso (...) sobre (...) determinado módulo (...) “</p> <p>“(...) no fundo foi a desvantagem que eu dei, foi sentir que o formato E-learning para mim (...) não se tornou muito fácil (...) eu não consigo relacionar honestamente uma vantagem direta pelo facto de ser um formato E-learning com o saber desta formação (...)”</p> <p>“(...) talvez pela pesquisa, talvez pelo obrigar a procurar (...) ter uma capacidade de adaptação a (...) uma nova forma de adquirir saber (...) permite-nos procurar ou sermos mais, (...) persistentes (...) “</p> <p>“(...) a abordagem, (...), foi profunda, foi complexa (...) achei que o formato E-learning para mim, não sei, não me disse isso mesmo.”</p> <p>“(...) a plataforma estava muito bem-criada, era muito intuitiva e era muito fácil de a percorrer; achei que (...) as aulas, os lançamentos dos módulos, estava tudo nos tempos certos e era muito fácil de trabalhar na plataforma (...)”</p>	<p>postura e à forma como nós devemos estar com uma família (...)”</p> <p>“(...) foi útil para mim porque (...) foi possível fazer o curso (...) nessa altura.”</p> <p>“(...) a matéria lecionada com o que nós aprendemos, está muito distante do que nós fazemos aqui. E muito distante para melhor.”</p> <p>“Tenho consciência que fora de Portugal isto tem asas para voar e que dá para fazer muita coisa!”</p> <p>“(...) fundamentalmente (...) ter uma fundamentação teórica relativamente à nossa prática (...)”</p>	<p>“Quando eu pensei fazer a pós-graduação, foi pensando que era relacionado com o que nós fazemos com o que chamamos enfermeiro de família e pensava que iria ser muito simples (...)”</p> <p>“(...) sempre foi a especialidade que eu quis fazer e era nesse sentido (...) fazer esta pós-graduação com este objetivo. (...) avançar a especialidade de enfermeiro de família.”</p> <p>“(...) a equipa (...) até demonstrou muito interesse e fizemos mesmo alguns cursos (...) os colegas fizeram essa formação e acabámos (...) por estar mais sensibilizados para esta questão.”</p>
--	---	--	---

	<p><i>“(...) o curso está bem organizado (...)”</i></p> <p><i>“(...) falta (...) aquela interação, aquela troca (...) a partilha, os estudos, discussão de casos, que (...) com os colegas (...) também é muito enriquecedor e isso não existiu.”</i></p> <p><i>“(...) é um estudo muito mais solitário porque nós não interagimos com os colegas (...) requer mais a nossa atenção (...).”</i></p> <p><i>“(...) tínhamos o fórum e podíamos fazer partilha lá de questões entre os colegas (...) ninguém usou (...) eu não usei (...)”</i></p> <p><i>“A maior vantagem (...) é mesmo a gestão do tempo (...)”</i></p> <p><i>“(...) o formato e-learning (...) é válido como o presencial, mas é diferente. (...) acho que é mais enriquecedor o formato presencial nas aulas, (...)”</i></p> <p><i>“(...) ser em formato (...) e-learning (...) Foi útil, foi possível adquirir (...) os conhecimentos e as capacidades (...) é muito mais fácil conseguir gerir o (...) tempo (...)”</i></p> <p><i>“(...) se não fosse e-learning eu não teria feito a pós-graduação, porque o</i></p>		
--	--	--	--

	<p><i>momento de vida pessoal que eu estava a viver (...) não era compatível (...) com o fazer uma pós-graduação em módulo físico numa escola normal."</i></p> <p><i>"Se (...) a nível (...) da unidade curricular houvesse uma sessão de discussão, ou individual ou em grupo, (...) permitiria (...) esclarecer algumas dúvidas (...) algumas partilhas, colocarem (...) alguns casos práticos (...) podia ajudar nesta questão de cimentar o processo de aprendizagem (...)"</i></p> <p><i>"(...) o formato e-learning (...) trás (...) uma gestão pessoal (...) não é compatível com (...) estas discussões (...) (ou em grupo ou a nível individual (...)")</i></p>		
--	--	--	--

Tensões entre dinâmicas organizacionais e o desempenho do enfermeiro			
	Gestão do tempo prescrito e do tempo real	Atendimento individual e atendimento familiar	Conceção da figura do enfermeiro e da função do enfermeiro na saúde familiar
<p><i>"(...) temos salas partilhadas (...) não tenho um gabinete para mim (...) tudo acaba por se tornar um pouco mais complicado (...) é uma questão de (...) tentarmos previamente e com algum tempo, programar as consultas (...)"</i></p>	<p><i>"(...) enquanto uma consulta a um elemento da família, seja porque motivo for, dez, vinte minutos, uma consulta a uma família (...). É impensável fazer-se nesse tempo (...)"</i></p> <p><i>"(...) reconheço que é mais fácil no âmbito (...) de uma consulta do foro agudo dar</i></p>	<p><i>"(...) algumas famílias (...) já experienciaram outro nível do cuidado, (...)"</i></p> <p><i>"(...) neste momento é mais âmbito cuidados gerais (...) atendendo aquilo que se faz (...)"</i></p>	<p><i>"(...) de certa maneira também é algo novo para eles (...) verem-se como uma família (...) pelo menos é a sensação que eu tenho."</i></p> <p><i>"(...) uma consulta de enfermagem a uma família tem uma dinâmica</i></p>

<p>“(…) um dos grandes desafios penso que será realmente (…) o enfermeiro encontrar um espaço (…) que permita trabalhar a saúde familiar (…) em todo o conjunto de tarefas que temos (…) que desempenhar na unidade (…)”</p> <p>“(…) quando vamos para a prática, por mais que o queiramos (…) Não conseguimos! Por limitações do sistema, mesmo da forma como a saúde está organizada (…) a nossa atuação fica um bocadinho condicionada.”</p> <p>“(…) nós temos e (…) somos avaliados por indicadores (…) não me revejo na enfermagem em metade deles (…)”</p> <p>“(…) não gosto da enfermagem que eu faço atualmente (…) poderia ser feita de outra forma, acho que com aquela formação (…) percebi (…) francamente, é possível de ser feito, mas teria que haver realmente mudanças na organização dos serviços (…)”</p> <p>“(…) na prática, dou resposta a indicadores por questões condicionantes de tempo (…)”</p> <p>“(…) há muitas exigências (…) temos que dar respostas que vão constantemente (…) sendo pedidas, solicitadas, mas a unidade não consegue se calhar dar a melhor produção.”</p> <p>“(…) a própria parte operacional (…) também não temos muita coisa que justifique aquilo que nós efetivamente fazemos ao utente (…)”</p>	<p>resposta a um elemento da família do que aparecer lá uma família com problemas e damos resposta àquela família (…)”</p> <p>“(…) acho que isso impossibilita (…) o trazer daquilo que eu aprendi para a minha prática do dia, aquilo que eu acho que é uma enfermeira de família, que eu gostava que estruturasse a minha forma de fazer enfermagem, neste momento, está bastante condicionada (…)”</p> <p>“(…) o foco é muito … o número e menos o utente.”</p> <p>“(…) os próprios registos (…) as próprias intervenções (…) dos click que as pessoas têm de fazer (…) vêm logo desanimados por todo esse sistema de registo.”</p> <p>“(…) tenho que dar resposta aos indicadores (…) temos 15 minutos de atendimento para as pessoas (…) já estamos quase com aquele sentido de quem já não vai ter muito tempo para as pessoas e não temos (…) até mesmo no conceito de domicílios (…)”</p> <p>“(…) a nível dos domicílios é fácil, porque (…) é o melhor ambiente para (…) fazermos a avaliação familiar e as intervenções (…) No centro de saúde (…) eu tento (…) às vezes o tempo é escasso (…)”</p> <p>“Tento aproveitar o tempo da minha consulta (…) e também, dessa forma, sempre ter uma abordagem, uma intervenção a nível da família.”</p>	<p>“(…) mesmo por parte dos utentes eles não estão muito habituados a este nível de cuidados. (…) quando vamos junto com a família conversar, (…) basicamente estão mais familiarizados com a prestação ao indivíduo (…)”</p> <p>“(…) no fundo eles estão a prestar cuidados ao indivíduo (...). Ao elemento daquela família (...)”</p> <p>“(…) mas a família está ali basicamente como a ser parceira de cuidados (…) não a família como se fosse um só, como um sistema (...)”</p> <p>“(…) tínhamos uma lista de utentes atribuída, uma lista de famílias, mas o trabalho anda muito à volta, (…) do elemento da família e não da família (...)”</p> <p>“(…) efetivamente é difícil, porque o sistema não nos permite! (…) não nos é permitido ser realmente enfermeiros, e ser enfermeiros de família, (…) as exigências condicionam muito a nossa, a nossa prática clínica (...)”</p> <p>“(…) hoje em dia, (…) fruto das exigências diárias, (…) dos condicionantes todos que envolvem um dia de trabalho (…) aquilo que temos para lhes dar é muito em curto em espaço de tempo (...)”</p> <p>“(…) talvez tenha adquirido competências que me permitem observar a família de uma maneira mais sistémica e não de uma maneira individual e só olhando para as partes.”</p> <p>“Há uma ligeirinha mudança, mas continua-se</p>	<p>diferente de uma consulta a um elemento da família seja porque motivo for (...)”</p> <p>“(…) as dificuldades que eu tenho sentido (…) tem a ver (…) em termos de espaço ou de tempo para conseguirmos (…) encontrar o espaço para as consultas familiares (…) no meu dia a dia (…) Não é fácil.”</p> <p>“(…) já temos um nível de cuidados em termos de saúde familiar com maior presença do que aquilo que existe atualmente (...). E de certa maneira a saúde familiar vai ocupar mais do que aquilo que ocupa atualmente.”</p> <p>“(…) reconhecer a família como um sistema (…) complexo que tem as suas propriedades (…) a sua autenticidade (…) reconhecer a família (…) como unidade (…) em transformação (…) com os estádios do ciclo vital (…) e (…) cada estádios tem os seus desafios (…) penso que quando todos tivermos (…) essas competências (…) demonstrar essas competências, que acho que vai-se notar mais.”</p> <p>“(…) estamos a falar de algo que (…) está ali a nascer (…) a verdade é que, basicamente, têm uma série de famílias atribuídas e pouco mais (...)”</p> <p>“Temos um privilégio de viver... de estar junto deles, nos cuidados de saúde primários, e às vezes dispensamo-lo. Sem esse privilégio. (...) eu senti-me muito mais útil naquilo que eu considero ser enfermeira de família; estava mais presente (...)”</p>
---	--	---	--

<p>“(...) como pessoa (...) como enfermeira, não me sinto bem. A todo o custo para mim não vale!”</p> <p>“Numa consulta (...), se puder (...) recolher dados (...) ótimo (...) se não for possível (...) não faço, mas (...) acho que, se as coisas (...) forem continuadas, integradas (...) em quase todos os contactos com o indivíduo conseguimos pelo menos recolher informação (...) relativo ao sistema familiar.”</p> <p>“Neste momento, em Portugal (...) faz-se enfermagem de tratar os indivíduos da mesma família.”</p> <p>“Consigo fazer (...) algumas coisas (...) mesmo já tendo a noção de que é para nos preocuparmos com todas as repercussões familiares que cada momento trás, essencialmente os momentos de transição (...) depois não tenho capacidade interventiva para a maior parte das coisas que deteto(...)”</p> <p>“Ainda existe um longo percurso a fazer principalmente em termos (...) de registos clínicos, de educadores de enfermagem de saúde familiar (...) da organização do nosso trabalho também e ainda existe um longo percurso a fazer!”</p> <p>“(...) um longo percurso para fazermos, para permitir melhorar esta situação; neste momento ainda não está (...) ainda estamos distantes daquilo</p>	<p>“(...) isto é uma especialidade que capacita em imensas áreas, (...) nós temos capacidade de o fazer, mas não o consigo (...) com atendimentos de 15 em 15 minutos (...)”</p> <p>“(...) não vou dizer que é fácil! E (...) muitas vezes (...) demoramos mais tempo do que aquilo que está definido para a consulta (...) mas procuramos fazer isto aqui na nossa prática diária (...) muitas vezes não conseguimos fazer tudo aquilo que gostaríamos.”</p>	<p>a trabalhar o indivíduo e não a família.”</p> <p>“(...) as próprias famílias não estão preparadas para dar abertura aos enfermeiros para acederem a essa privacidade (...)”</p> <p>“Na prática profissional aplica-se a uma ou outra abordagem que eu faço aos utentes, mas (...) não tenho muito contexto para conseguir aplicar.”</p> <p>“(...) não se trata a família como um todo.”</p> <p>“(...) realidade de cada USF é muito o atendimento mais individualizado e (...) na perspectiva da saúde individual (...) de cada elemento que nós temos na família; o suporte informático (...) também andou muito vocacionado para a saúde individual (...) e nós (...) fazemos muito a nível individual não tanto a nível familiar (...)”</p> <p>“(...) a questão é em termos de prática, em termos da intervenção real (...) no contexto (...) para além de fazermos a consulta individual ao cliente (...) fazer simultaneamente uma abordagem à família para tentar perceber (...) quais são as necessidades que aquela família tem e que intervenção é que podemos ter (...) para melhorar a situação.”</p> <p>“(...) para o cuidado individual, em termos (...) de tudo: indicadores (...) filosofia da prestação de cuidados estão muito vocacionados (...) para a prestação a nível individual e isto quer a nível médico</p>	<p>“Eu tento (...) que estruture o meu trabalho enquanto enfermeira (...) de acordo com aquilo que são as competências, (...) para a enfermeira de família; (...) enquanto enfermeira na minha unidade. Nem sempre, de facto, é possível com as dinâmicas (...) dos serviços (...)”</p> <p>“(...) não é visível (...)”</p> <p>“Tento ir aos poucos (...) a intervenção familiar tem que ser sempre contínua e nem sempre em todos os contactos com uma pessoa é possível fazer (...) porque... também temos (...) muitas vezes só indivíduo como foco.”</p> <p>“(...) relativamente à maneira como é gerido (...) tento que o meu trabalho com as famílias seja (...) integrado no dia a dia (...) Construtiva, acrescentar mais alguma coisa (...) de uma maneira integrada e continuada sempre (...) em quase todos os contactos com o indivíduo conseguimos pelo menos recolher informação (...)”</p> <p>“(...) ao longo do tempo (...) irmos (...) fazendo intervenções de uma maneira natural e espontânea (...) quanto mais contactos temos com indivíduos e com a família mais conseguimos que a nossa abordagem (...) seja enriquecida.”</p> <p>“(...) chamamos enfermeiro de família neste momento ao enfermeiro que atende as pessoas da mesma família, mas (...) não tratamos a família e para tratar a família continuamos sem possibilidade de o fazer.”</p>
---	---	--	---

<p>(...) que devia de ser a nossa prática.”</p>		<p>quer a nível de enfermagem (...)”</p>	<p>“Não me dão capacidade interventiva para (...)as dinâmicas familiares.”</p> <p>“(…) quando (...) fazemos esta formação apercebemo-nos que os chamados enfermeiros de família de hoje não tratam as famílias, tratam os indivíduos da mesma família.”</p> <p>“Tínhamos que ter listas mais pequenas e permitirem-nos tempo (...) ainda estamos muito centralizados, sobretudo na parte médica mentalidade de tratamento (...) ainda ninguém percebe a importância de uma pessoa gastar não sei quantas horas por dia na parte preventiva. “</p> <p>“(…) tentei mudanças não tive (...) Resistência só dos membros das outras equipas multidisciplinares, mas essencialmente resistência dentro dos membros da minha própria equipa. Dos meus pares. Que encaram cada mudança (...) como uma crítica (...)”</p> <p>“(…) um enfermeiro de saúde familiar (...) acompanha as famílias em todos os seus processos (...) o nosso trabalho acaba por ser muito de encontro às necessidades das famílias.”</p> <p>“(…) o grande benefício de sermos enfermeiros de família é esse: é poder já conhecer as pessoas onde vivem, as suas redes de apoio, redes comunitárias (...) a família em si, e (...) intervir de forma (...) mais adequada também perante isso.”</p>
---	--	--	--

Transferibilidade da formação para os contextos de trabalho			
	Transferibilidade instrumental	Transferibilidade cognitiva	Transferibilidade comunicacional
<p>“(...) no fundo os saberes tiveram o seu reflexo no meu dia-a-dia (...)”</p> <p>“(...) aqueles conteúdos que foram transmitidos na Pós-graduação são úteis e são possíveis de se implementarem na prática.”</p> <p>“(...) a Pós-graduação (...) vem mudar um bocadinho a visão, que é prestar cuidados àquela família e não aos indivíduos (...)”</p> <p>“(...) penso que quando todos tivermos (...) com essas competências e a pô-los (...) em prática, demonstrar essas competências, que acho que vai-se notar mais.”</p> <p>“(...) em termos de impacto é preciso algo mais, não é só um enfermeiro com algumas consultas que se vá notar impacto ... na minha unidade de saúde.”</p> <p>“(...) avançarmos para o terreno e pôr em prática novos saberes, novas competências e (...) refletir sobre elas (...)”</p> <p>“(...) ajudou porque (...) obriga-me a estar mais atenta (...) a pesquisar mais (...) a saber mais sobre aquele utente. (...) profissionalmente já a (...) abordagem (...) foi diferente (...) e pessoalmente senti-me (...) mais realizada naquilo</p>	<p>“(...) em termos de competências (...) a avaliação da família (...) já foram competências que não tinha anteriormente, ferramentas que não sabia utilizar e agora (...) já as consigo pôr em prática (...)”</p> <p>“(...) já tentei (...) fazer (...) aquele trabalho de operacionalização do “modelo” em que (...) pegamos em todos os saberes que nos foram transmitidos anteriormente e pô-los em prática (...)”</p> <p>“Veio ajudar a estruturar melhor aquilo que eu já fazia antes, (...) houve uma reconstrução (...) uma organização da prática (...)”</p> <p>“(...) a transferência daquilo que foi aprendido na pós-graduação para a prática, além de ter que ser intencional, permite-nos (...) termos mais valor (...) se nós (...) valorizarmos a nossa prática (...) é positivo a nível profissional (...) e também a nível (...) das próprias famílias (...)”</p> <p>“(...) se (...) valorizarmos (...) o nosso conhecimento (...) é positivo o impacto institucional, acho que se nas instituições houverem profissionais que conheçam os indivíduos (...) as famílias e consigam ter um olhar, uma abordagem sistêmica sobre as famílias, isso é</p>	<p>“(...) quem faz esta Pós-graduação já está a um nível diferente (...) já intervém na família de (...) modo, totalmente diferente, é ali o nosso alvo de cuidados (...)”</p> <p>“(...) já presto cuidados à família diferentes (...) anteriormente (...) em si era um parceiro na prestação de cuidados aos elementos desta família (...) e agora já vemos a família como uma unidade de cuidados (...)”</p> <p>“(...) permitiu olhar a família com outros olhos (...) em que nós podemos intervir (...) em que haverá a possibilidade de obter ganhos em saúde (...)”</p> <p>“(...) nota-se que (...) há um cuidado diferente (...)”</p> <p>“(...) uma perspetiva mais alargada e ver a família, (...) como (...) o nosso alvo de intervenção (...)”</p> <p>“(...) aconselhei aos colegas (...) fazerem essa formação porque iam ter uma perspetiva totalmente diferente da saúde familiar (...) fui partilhando um bocadinho ao longo da (...) Pós-graduação, aquilo que ia aprendendo (...) porque eles também mostraram interesse (...)”</p> <p>“(...) acredito que a formação nesse sentido, me abriu mais essa visão</p>	<p>“(...) no fundo termos ali algo novo (...) vamos conversando (...)”</p> <p>“(...) a formação (...) dá-me a base para (...) fundamentar e (...) enriquecer o meu pensamento crítico (...) o pensamento teórico é a base para (...) termos (...) pensamento crítico (...) que nos vai fazer procurar outras formas de agir (...)”</p> <p>“Mais do que reconstruir a prática, eu acho que (...) enriqueceu, acrescentou algo mais àquilo que eu já fazia (...)”</p> <p>“(...) algumas mudanças em termos de melhoria, em termos de competências para poder fazer uma intervenção.”</p> <p>“(...) muitas coisas que até já fazíamos quase por experiência ou por irmos tentando (...) perceber como é que a gente podia fazer; e algumas coisas até já fazíamos quase (...) inconscientemente! E (...) com (...) a formação acabámos por adquirir muita explicação do porquê de nós fazermos (...)”</p> <p>“(...) a equipa (...) até demonstrou muito interesse e fizemos mesmo alguns cursos (...) os colegas fizeram essa formação e acabámos (...)”</p>

<p>que eu idealizava como enfermeira de família (...)"</p> <p>"(...) com aquela formação (...) teria que haver realmente mudanças na organização dos serviços (...)"</p> <p>"(...) a formação, (...) tem que fazer sentido, (...) mas naquilo que são os cuidados de saúde primários eu acho que ainda não está bem claro (...)"</p> <p>"(...) com os registos que faço (...) é possível criar algum impacto nos colegas (...) veem registos diferentes e (...) acredito que dessa forma seja possível também criar alguma mudança, ou alguma sensibilidade (...) a nível da equipa não é possível porque simplesmente porque eu trabalho sozinha."</p> <p>"(...) enriqueceu a prática (...) acrescentou (...) valor porque (...) passou a ser (...) mais estruturada e registado."</p> <p>"(...) isto é a parte teórica de uma especialidade; para conseguir executar isto, falta-me treino prático; isto implica muita coisa, muito modo de abordagem, como conseguir falar com as pessoas (...) que só com o traquejo prático (...) faz-me falta estágio, falta presencial de ver como se faz (...)"</p> <p>"Tenho consciência que fora de Portugal isto tem asas para voar e que dá para fazer muita coisa!"</p>	<p>excelente para as instituições."</p> <p>"(...) consegui transportar muito do que eu aprendi para os meus utentes em gabinete (...) transpor efetivamente muito do que eu aprendi para a minha prática (...)."</p> <p>"São mais em termos pessoais extralaborais do que na prática profissional."</p> <p>(...) eu só tenho ligeiras mudanças no meu atendimento pessoal com utentes (...) o que está aqui preconizado faz com que nós entremos (...) na intimidade da família; as próprias famílias não estão preparadas para dar abertura aos enfermeiros para acederem a essa privacidade (...)"</p> <p>"(...) através da Pós-graduação conseguimos ter uma ferramenta e perceber mais a nossa prática clínica."</p> <p>"(...) adquiri (...) estas ferramentas (...) que me permitem (...) fazer uma intervenção (...) mais adequada, numa família (...) tentar facilitar essas transições (...)"</p> <p>"(...) percebemos em termos teóricos o porquê de nós estarmos a fazê-lo e (...) com as ferramentas quer de avaliação quer de intervenção temos uma intervenção mais facilitada."</p> <p>"(...) adquiri ferramentas que me permitiram melhorar essa situação."</p>	<p>para mais dimensões do utente e da família. E ao mesmo tempo enquanto pessoa, percebi que realmente tinha muito mais a dar e a ganhar ao também (...) ter essa visão mais global da família (...)"</p> <p>"Em termos profissionais, a abordagem ao utente já foi diferente; naquela altura despertou-me para outras dimensões (...)"</p> <p>"(...) consegui transferir até pela questão (...) que passei a ter uma noção de várias dimensões do utente e da família (...)"</p> <p>"As mudanças que eu vejo na minha prática, consigo identificar (...) estou mais sensível para fazer a avaliação (...) da família (...)"</p> <p>"Aumentei o meu leque de conhecimentos (...) desenvolver novas formas de (...) mobilizar esses conhecimentos (...) e de agir de acordo com as circunstâncias na prática(...)"</p> <p>"(...) mais atenta para (...) identificar potencialidades ou fraquezas e trabalhar mais com todos os membros."</p> <p>"(...) já estou desperta, já tenho (...) alguma sensibilidade e algum pensamento crítico para tentar (...) identificar estratégias, para (...) agir tendo em conta todos os membros."</p> <p>"Cognitivas muitas, adoraria fazer a parte prática disto. "</p>	<p>por estar mais sensibilizados para esta questão."</p> <p>"(...) pelo interesse dos colegas (...) partilhamos ideias e discutimos algumas situações (...) o interesse dos colegas (...) também permite ter que toda a equipa esteja envolvida nessa situação."</p> <p>"(...) se houver mais sessões de partilha e de discussão, ou em grupo ou a nível individual (...) também se fundamenta algum conhecimento e alguma partilha (...) entre os formandos."</p>
--	--	---	--

<p><i>“Não é assim linear, mas conseguimos (...) passar muito desta aprendizagem para a nossa prática clínica.”</i></p> <p><i>“(...) a prática fica mais (...) sensibilizada, mais específica e com outro (...) nível de conhecimentos (...)”</i></p>		<p><i>Ajuda e não só em termos profissionais; em termos fora, mesmo de vida pessoal!”</i></p> <p><i>“(...) possuímos (...) conhecimentos que (...) facilita esta mesma avaliação e intervenção de uma família. (...) temos (...) outra sensibilidade, outra percepção e (...) conseguimos (...) intervir (...) de forma mais adequada na família, em termos de suprir essas mesmas necessidades.”</i></p> <p><i>“(...) os profissionais que prestam estes cuidados acabam por adquirir um corpo de conhecimentos e ter uma (...) intervenção mais abrangente não só a nível de cuidado individual, mas também a nível (...) de avaliação e intervenção familiar (...) que um enfermeiro que não possui essa formação se calhar não está tão sensível (...)”</i></p> <p><i>“Fiquei mais sensível (...) mais sensibilizado (...) para isso! (...) ser mais rigoroso ou mais preciso naquilo que eu (...) fazia. No meu exercício.”</i></p>	
---	--	--	--

Formação e mudança organizacional

“(...) já pus em prática com algumas famílias e no fundo foi importante (...) conseguiu passar a mensagem (...)”

“(...) para mim mudou até enquanto pessoa e profissional houve algumas mudanças de facto.”

“(...) esta formação levou-me a perceber que a visão holística (...) é realmente (...) a família é o foco, é a unidade de cuidados (...)”

“(...) pessoalmente senti-me (...) mais realizada naquilo que eu idealizava como enfermeira de família (...)”

“(...) passa por descentralizar, (...) o foco nos indicadores, nos números, (...) passar a perceber o que é realmente, (...) o sentido de estar mais próximo da comunidade (...)”

“(...) tem que mudar mesmo o próprio conceito dos Aces (...) acho que é mesmo organizacional (...)”

“(...) eu partilhei muito com eles, até daquilo que fui aprendendo (...) eles ficaram aguçados pela curiosidade (...) mas depois(...) ficam numa zona de conforto (...) e (...) a zona de conforto é o nosso maior inimigo porque não nos permite mudar, reivindicar, procurar fazer melhor(...) mas (...)se todos optassem por fazer seria realmente um bom investimento na formação enquanto enfermeira de cuidados de saúde primários.

“Mudança (...) Tem de fazer sentido de facto. “

“(...) a prisão da mudança está condicionada nesta questão, de indicadores, das exigências.”

“(...) têm que investir na enfermagem de saúde familiar se querem ter unidades de saúde familiar, se querem trabalhar em cuidados de saúde primários junto das famílias, junto, (...) da comunidade! (...) para mim faz sentido (...) Que fosse algo ... realmente de uma decisão organizacional decisão dos cuidados de saúde primários!”

“(...) alguém que percebesse que ela faz sentido existir. E gostava que todos os enfermeiros também, de alguma forma (...) sentissem (...) essa necessidade (...)”

“(...) Falta muito caminho a fazer! (...) Acho que tem que ser uma coisa mesmo de dentro, mudar que é para todos irem nesse sentido!”

“(...) a nível pessoal (...) eu consigo identificar (...) autossatisfação (...) concretização e (...) realização (...) consigo obter (...) alguns ganhos relativamente à compreensão da minha própria família e dos sistemas (...) que me rodeiam. A nível profissional (...) autossatisfação também, autoeficácia (...) concretização profissional (...) alguns ganhos em saúde.”

“(...) as competências que adquirir prendem-se (...) com aquela capacidade (...) de (...) agir de uma maneira sistémica em que a minha intervenção tem em conta todos os elementos da família em questão (...)”

“(...) as nossas organizações, e a maneira como está organizado, os cuidados de saúde primários não são nada facilitadores (...) nada potenciadores (...) estamos muito colados ao modelo biomédico (...) temos que fazer um esforço (...)”

“(...) reconhecem que (...) tenho conhecimentos (...) teóricos e técnicos e práticos que me permitem (...) avaliar e intervir de uma maneira mais complexa nas famílias. (...) já se aperceberam disso.”

“(...) algumas mudanças, houveram alguns ganhos (...)”

“Nada está organizado nesse sentido.”

“(...) o resultado foi sempre (...) não a mudança.”

“(...) tentei mudanças não tive (...) Resistência só dos membros das outras equipas multidisciplinares, mas essencialmente resistência dentro dos membros da minha própria equipa. Dos meus pares. Que encaram cada mudança (...) como uma crítica (...)”

“Aliás, também é cultural, é um trabalho que tem de ser feito!”

“(...) é aproveitar as oportunidades (...) de intervenção (...). Com a saúde familiar acaba por ser um pouco isso: aproveitar as oportunidades que tenho com (...) os elementos (...) que estão presentes, tentar fazer uma avaliação em termos (...) da saúde familiar (...) daquela família e poder definir ali alguma intervenção (...)”

Apêndice V

Questionário

Link de acesso ao questionário:

<https://docs.google.com/forms/d/1EBL7PopNj0gQqvKpUyQ9r347tFiPVwU6pC2aU34NEvs/edit?usp=sharing>